



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

TEMA:

“CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DIAGNOSTICADAS CON VIH QUE SE
ENCUENTRAN EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN EL HOSPITAL
ENRIQUE GARCÉS DESDE DICIEMBRE DEL 2021 A ABRIL DEL 2022”

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA

EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

AUTORA

MARÍA ISABEL PROAÑO PANTOJA.

DIRECTOR DE TESIS: DR. EDWIN VARGAS

ASESOR METODOLÓGICO: DR. PABLO ACOSTA

QUITO, 2022

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, MARÍA ISABEL PROAÑO PANTOJA con cédula de ciudadanía No. 0401866520, declaro que los resultados obtenidos en la esta investigación, antes la obtención del título de especialista en Ginecología y Obstetricia, son únicos, y personales.

1.- Conforme al Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, declaro que conozco que: “Todas las instituciones de educación superior estarán obligadas a entregar los trabajos de titulación que se elaboren para la obtención de títulos académicos de grado y posgrado en formato digital para ser integradas al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor”.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), publicar este trabajo final en el web de la Biblioteca de la PUCE, en cumplimiento de la política de propiedad intelectual de Universidad.

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo de investigación a Dios, por las bendiciones recibidas durante mi vida y en especial en estos 4 años de posgrado, dándome salud además de guiar mi mano y el conocimiento obtenido para el beneficio de mis pacientes, también a mis abuelos Elisa y Ricardo que están en el cielo y me cuidan en este caminar.

A mi esposo Andrés que ha sido mi apoyo incondicional, quién con su amor, paciencia y compañía me dio calma y fuerza en momentos difíciles, extendió su mano y fue mi guía en la realización de este trabajo de investigación.

María Isabel Proaño Pantoja

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mis padres por su apoyo a lo largo de mi carrera, por darme la fuerza para formarme como profesional, por inculcar en mi desde pequeña valores que me han permitido ser una profesional respetuosa, íntegra, responsable y dedicada a mis pacientes y su bienestar; por ser mi ejemplo y permitirme crecer en un ambiente lleno de amor de familia, quiero agradecer también a mi hermano que me da su amor apoyo y aliento cuando lo necesito.

A los docentes y compañeros que hicieron que estos 4 años de posgrado hayan sido los mejores de mi vida, en los cuales conocí a grandes amigos y compartí momentos inolvidables en las aulas de esta casa de salud, en los hospitales que se transformaron en mi segundo hogar.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, por darme la oportunidad de cumplir uno más de mis objetivos, porque a través de sus docentes calificados pude poner en práctica todos los conocimientos adquiridos en estos 4 años, en especial al Dr. Cruz y al Dr. Vargas quienes fueron mi guía y mi apoyo en este proyecto.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

OMS: Organización Mundial de la Salud

WHOQOL-HIV BREF: World Health Organization quality of life versión breve

CVRS: calidad de vida relacionada con la salud

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

TARGA: Tratamiento antirretroviral

MSP: Ministerio de Salud Pública

ONUSIDA: El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida

CEMSIDA: Comité Ecuatoriano Multisectorial del Sida

PENM: Plan Estratégico Nacional Multisectorial

AZT: Zidovudina

3TC: Lamivudina

ABC Abacavir

TDF: Tenofovir

FTC: Emtricitabina

EFV: Efavirenz

DRV: darunavir

DTG: dolutegravir

INI: Inhibidor de la integrasa

ITIAN: Inhibidor de transcriptasa inversa análogo de los nucleósidos

IP/r: Inhibidor de la proteasa potenciado con ritonavir

ITIANN: Inhibidor de transcriptasa inversa no nucleósido

RAL: Raltegravir

TDF: Tenofovir disoproxil fumarato

ATV: Atazanavir

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	1
ABSTRACT	3
CAPÍTULO I	5
1. INTRODUCCIÓN	5
2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	6
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	9
4. JUSTIFICACIÓN	9
5. OBJETIVOS	10
5.1 Objetivo general.....	10
5.2 Objetivos específicos	10
CAPITULO II	11
6. MARCO TEÓRICO	11
6.1 Características del VIH	11
6.2 Epidemiología	11
6.3 Vías de transmisión.....	12
6.4 Manifestaciones clínicas	12
6.5 Tratamiento	13
6.6 Calidad de vida.....	15
6.7 Herramientas previas.....	17
6.8 Elaboración del instrumento de medición.....	17
6.9 Herramienta de la OMS	19
6.10 Estudios realizados.....	21
CAPITULO III	25
7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	25
7.1 Tipo de estudio.....	25
7.2 Población.....	25
7.3 Muestra.....	25
7.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	27
7.5 Variables	27
7.6 Operacionalización de variables (Anexo 1).....	28
7.7 Procedimiento de recolección de la información:.....	28
7.8 Plan de análisis de datos.....	28
7.9 Aspectos Bioéticos.....	29

CAPITULO IV	30
8. RESULTADOS.....	30
8.1 ANALISIS UNIVARIADO.....	30
8.2 ALFA DE CRONBACH PARA LA HERRAMIENTA WHOQOL-HIV BREF43	
8.3 ANALISIS BIVARIADO	44
CAPITULO V.....	53
9. DISCUSIÓN.....	53
CAPITULO VI	55
10. CONCLUSIONES.....	55
11. RECOMENDACIONES.....	56
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	58
12. Recursos necesarios.....	58
12.1Recursos Institucionales:.....	58
12.2Recursos Materiales:	58
BIBLIOGRAFIA.....	60
ANEXOS:.....	64
13. ANEXO 1.	64
13.1Operacionalización de las variables	64
14. ANEXO 2.	66
14.1Encuesta- Datos socio-demográficas y estatus del TARGA.....	66
15. ANEXO 3	68
15.1WHOQOL-HIV BREF	68
16. ANEXO 4	72
16.1Consentimiento Informado	72

RESUMEN

Antecedentes: Es de conocimiento general que el recibir una noticia de ser portador de una infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) causa estragos emocionales en la persona y probablemente esto afecte a su entorno social, familiar y laboral.

Objetivo: Valorar el impacto y el grado de afectación de la calidad de vida de las mujeres con diagnóstico de VIH e identificar a las personas más vulnerables para que a futuro se pueda realizar una intervención apropiada.

Materiales y Métodos: Estudio tipo observacional descriptivo de corte transversal en 184 mujeres con diagnóstico confirmado de VIH que acuden a la Unidad de Atención Integral del Hospital Enrique Garcés desde diciembre del 2021 hasta abril 2022, mediante la aplicación de la herramienta WHOQOL-HIV BREF, el mismo que analiza 6 parámetros: salud física, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad, previa autorización con consentimiento informado. Los datos recolectados se depuraron en el programa Microsoft Excel y luego se analizaron en el paquete estadístico IBM SPSS versión 25. Se aplicó medidas estadísticas de tendencia central (media, mediana y moda) y como medidas de dispersión la desviación estándar, además, para variables cualitativas se obtuvo frecuencias y porcentajes. Se aplicaron pruebas de normalidad Kolmogorov-Smirnov, y pruebas T de dos proporciones para asociaciones entre calidad de vida y variables sociodemográficas y clínicas, se consideró estadísticamente significativo al valor de $p < 0.05$ y se calcularon las razones de prevalencias.

Resultados: En el estudio actual se analizó a mujeres de entre 17 a 80 años, en el dominio de Salud física se estableció que existe una relación estadísticamente significativa con la presencia de reacciones adversas al TARGA (RP: 2,16, IC 1,4 - 3,4, $p = 0,005$), en el dominio de salud psicológica se encontró que tener trabajo fijo (RP: 0,58, IC 0,4 - 0,9, $p = 0,003$) y el estar casado (RP: 0,67, IC 0,45 – 0,99, $p = 0,02$) es un factor protector para tener buena calidad de vida. Según el nivel de independencia existe 1,39 veces (RP: 1,39, IC 1,05 – 1,85, $p = 0,017$) más probabilidad de tener mala calidad de vida en mujeres mayores de 40 años. En el dominio correspondiente a espiritualidad/ religión y creencias se encontró que el tener reacciones adversas al TARGA y encontrarse en estadio II-III de la enfermedad tienen 1,7 veces más posibilidad de tener mala calidad de vida (RP: 1,71, IC 1,15– 2,56, $p = 0,02$) y (RP: 1,72, IC 1,08 – 2,73, $p = 0,01$) respectivamente

Conclusión: A pesar de que a mayoría de las pacientes tienen buena autopercepción de su calidad de vida, en el análisis independiente en cada dominio se estableció que el 51% de mujeres en realidad tiene mala calidad de vida. Además, se identificó que los factores sociodemográficos y clínico terapéuticos que más influyen son: la edad mayor a 40 años, el no estar casada, tener reacciones adversas al TARGA, el no tener estabilidad económica o trabajo fijo, tener bajo o ningún nivel de instrucción y contajes de CD4 menores a 500 c/mm³ (Estadio II, III).

ABSTRACT

Background: It is generally known that receiving news of being a carrier of a human immunodeficiency virus (HIV) infection causes emotional havoc in the person and this probably affects their social, family and work environment.

Objective: To assess the impact and degree of affectation of the quality of life of women diagnosed with HIV and identify the most vulnerable people so that an appropriate intervention can be carried out in the future.

Materials and Methods: Cross-sectional descriptive observational study in 184 women with HIV who attend the Comprehensive Care Unit of the Enrique Garcés Hospital from December 2021 to April 2022, through the application of the WHOQOL-HIV BREF tool, the same as analyzes 6 parameters: physical health, psychological health, level of independence, social relationships, environment and spirituality, prior authorization with informed consent, the data collected was refined in the Microsoft Excel program and then analyzed in the statistical package IBM SPSS version 25, measures of central tendency (average, median and mode) measures of dispersion (Standard Deviation) were obtained, and for qualitative variables with frequencies and percentages. Kolmogorov-Smirnov normality tests and two-proportion T-tests for associations between quality of life and sociodemographic and clinical variables were applied. $P < 0.05$ was considered statistically significant, and prevalence ratios were calculated.

Results: In the current study, patients between 17 and 80 years old were found, in the domain of Physical Health it was established that there is a statistically significant relationship with the presence of adverse reactions to HAART (OR: 2.16, CI 1.4 - 3.4, $p =$

0.005), in the psychological health domain it was found that having a permanent job (PR: 0.58, CI 0.4 - 0.9, $p = 0.003$) and being married (PR: 0.67, CI 0.45 – 0.99, $p = 0.02$) is a protective factor for having a good quality of life. Depending on the level of independence, there is 1.39 times (PR: 1.39, CI 1.05 – 1.85, $p = 0.017$) more probability of having a poor quality of life in people over 40 years of age. In the domain corresponding to spirituality/religion and beliefs, it was found that having adverse reactions to HAART and being in stage II-III of the disease had a 1.7-fold higher risk of having a poor quality of life (OR: 1.71, CI 1.15–2.56, $p=0.02$) and (OR: 1.72, CI 1.08–2.73, $p=0.01$) respectively

Conclusion: Although the majority of patients have a good self-perception of quality of life, in the independent analysis in each domain it was established that 51% actually have a poor quality of life. In addition, it was identified that the sociodemographic and clinical-therapeutic factors that most influence are: age over 40 years, not being married, having adverse reactions to HAART, not having economic stability or permanent job, having low or no level of education, have some degree of anemia and CD4 counts less than 500 c/mm³ (Stage II, III).

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es considerado una enfermedad crónica que en la actualidad es tratable, es causante del deterioro físico, psicológico, social y además de la presencia de problemas familiares, acompañados del estigma y discriminación en todo ámbito, como consecuencia existe un incremento en gastos por atención médica, hospitalizaciones por infecciones oportunistas y fallecimientos. Teniendo como resultado un impacto negativo en la sociedad, la economía y la salud, lo que afecta a la calidad de vida.

La calidad de vida es *“La manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en un marco cultural, la relación con sus objetivos, los valores con los que vive, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, determinado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales”* (Cardona A. & Higuera G., 2014).

El VIH ataca fundamentalmente al sistema inmunitario, causando una disminución de sus defensas haciéndolo propenso a múltiples enfermedades que pueden llegar a ser mortales. Con el tiempo el virus destruye las células inmunitarias llevándolo al funcionamiento inadecuado con descenso del recuento de CD4, hasta llegar a la inmunodeficiencia, estado conocido como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (Organización Mundial de la Salud, 2021b).

Cuando una paciente recibe la noticia de ser portador de la infección debe ser consciente que será para toda la vida, sin embargo, si la infección es diagnosticada de forma temprana y se instaure un tratamiento antirretroviral con una buena adherencia al mismo, se puede llegar

a controlar la enfermedad. (Vélez & Tobar, 2021). Es éste el momento en el que la calidad de vida de una persona puede modificarse drásticamente y debemos intervenir en su estudio y seguimiento. Con el paso del tiempo y la llegada de nuevos tratamientos antirretrovirales, la enfermedad ha sufrido un gran cambio, pasando de considerarse una enfermedad terminal a una enfermedad crónica de fácil manejo y seguimiento, por lo que ha disminuido notablemente la morbimortalidad lo que conlleva a una esperanza de vida mayor (Huang et al., 2019).

Se han realiza estudios en varios países con diferentes herramientas, y metodologías, sin embargo, no son consideradas medidas estandarizadas para una valoración completa de la calidad de vida, por lo que la OMS desarrolló la herramienta WHOQOL-BREF, considerada y validada como una herramienta de aplicación global, misma que ya ha sido aplicada en otros países para valoración de pacientes con VIH y otras enfermedades. El presente estudio aplica la herramienta WHOQOL-BREF para evaluar la calidad de vida de las mujeres con VIH que reciben tratamiento en la Unidad de Atención Integral del Hospital Enrique Garcés.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Hace 100 años en África se identificó un retrovirus que afectó a poblaciones de chimpancés y que posteriormente se encontró en humanos, causando una infección conocida como VIH, este virus es el agente causante del SIDA, que se propagó a todo el mundo llegando a considerarse una infección pandémica. Las investigaciones han logrado fabricar un tratamiento eficaz para evitar la progresión de la enfermedad y para controlar su replicación (Delgado, 2011).

Hasta el año 2019 se reportan personas viviendo con VIH entre 31,6 a 44,5 millones en todo el mundo, de las cuales 2.100.000 personas pertenecen a América Latina y gracias al uso de tratamiento antirretroviral al que lograron tener acceso 26 millones de personas, el 53% de los pacientes ha logrado controlar su carga viral (Vélez & Tobar, 2021). En el Ecuador se detectaron los primeros casos de VIH en el año de 1984; en el 2017, se reportaron 3.533 nuevos casos, de los cuales 1.189 son mujeres de entre 20 y 49 años (Ministerio de Salud Pública, 2017a). Según los datos obtenidos del Ministerio de Salud Pública (MSP) y el apoyo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) muestran que en el país hay 45.056 personas infectadas hasta el año 2020, siendo el grupo mayoritario el de las edades de 15 a 49 años (Vélez & Tobar, 2021).

El VIH es un problema de salud de vital importancia, debido a que los pacientes sufren en gran medida de deterioro de la salud física y el estado psicológico asociado al miedo de progresar a SIDA y sus múltiples comorbilidades (Sun et al., 2013). Es fundamental identificar y conocer los factores que influyen en la calidad de vida de nuestras pacientes para lograr una mejor atención, por lo cual se hace necesario usar una herramienta válida, confiable y fácil de aplicar. Es indispensable realizar seguimiento para evitar la progresión a SIDA, con monitoreo estricto del tratamiento para asegurar su adherencia, niveles de carga viral y conteo de CD4, se debería implementar además el seguimiento del apoyo familiar, social, estado psicológico, estabilidad laboral y otras enfermedades que puedan afectar su estabilidad (Cooper et al., 2017).

El estudio de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) ha tomado mucha importancia, ya que las mujeres que viven con VIH se ven afectadas por muchos factores como por ejemplo: estigma de la sociedad, las condiciones y el estilo de vida propios de la

enfermedad, la terapia antirretroviral y las infecciones oportunistas, lo que lleva a un sufrimiento personal, ansiedad a causa de la progresión de la enfermedad y miedo a la muerte (Gebremichael, 2018; Relf et al., 2019).

La esperanza de vida de los pacientes con VIH es igual al resto de la población, siempre que se mantenga un adecuado control y seguimiento de la misma, se hace necesario procurar que las pacientes que acuden a nuestra unidad de salud puedan mantener una buena calidad de vida; sin embargo, la CVRS se ve afectada por razones sociales, principalmente el estigma social que en muchos casos involucra limitación laboral y todas sus consecuencias (Cooper et al., 2017).

Anteriormente se utilizaron otros métodos para valorar la calidad de vida como por ejemplo: el método de necesidades básicas insatisfechas, el índice de desarrollo humano, Functional Independence Measure, el índice de pobreza multidimensional, Barthel Index, Medical Outcomes Study y el Functional Status Index, sin embargo todas estas valoraciones no lograron hacer una valoración global de la paciente (Cardona A. & Higuera G., 2014). La OMS crea la herramienta WHOQOL-HIV, que ha sido validada y aplicada en varios países.

En la bibliografía investigada en el país, se encontraron pocos estudios acerca de la CVRS en personas que viven con VIH, ninguno con la herramienta WHOQOL-HIV BREF. Se ha estudiado la calidad de vida en otras enfermedades como Artritis Reumatoide en la que usan metotrexato, en esta investigación usaron la herramienta SF-12 (Short Form Questionnaire). En los estudios de calidad de vida de pacientes con enfermedad renal crónica que se encuentran en hemodiálisis versus diálisis peritoneal se utilizó el cuestionario KDQOL SF-36. En el 2010 se realizó un estudio en pacientes portadores de VIH/SIDA con el test de

calidad de vida MOS-VIH, sin embargo, esta escala no fue suficiente para medir y englobar todas las características que enfoca el concepto de la calidad de vida. Con este antecedente, y debido a que en el país no se han realizado estudios de calidad de vida con la herramienta WHOQOL-HIV BREF, se decidió aplicarla en esta investigación.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la calidad de vida de las mujeres diagnosticadas con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral en el Hospital Enrique Garcés desde diciembre del 2021 a octubre abril del 2022 evaluadas con la herramienta WHOQOL HIV BREF?

4. JUSTIFICACIÓN

El Ministerio de Salud Pública, junto con el Gobierno Nacional y el Comité Ecuatoriano Multisectorial del Sida (CEMSIDA), en el año 2018, elaboraron el Plan Estratégico Nacional Multisectorial (PENM) 2018-2022, que consta de cuatro líneas estratégicas que son la Promoción y Prevención; Atención Integral; Garantía de Derechos; y Fortalecimiento de la Respuesta Nacional, con el fin de frenar el avance de la epidemia de VIH (Ministerio de Salud Pública, 2018). También existe en nuestro país la Guía de atención integral para adultos y adolescentes con infección por VIH/SIDA, elaborada por el MSP, la cual está enfocada en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento clínico de personas con infección, además del manejo de comorbilidades, coinfecciones, y también de la profilaxis post-exposición ocupacional y no ocupacional (Ministerio de Salud Pública, 2017b). En el 2011 se creó además la Guía nacional de consejería en VIH/SIDA, la misma que está centrada en la prevención y la consejería antes y después del diagnóstico dirigida a pacientes y sus familiares, esta guía está diseñada para el personal de salud en contacto directo con el paciente (Chiriboga, 2010). Sin embargo, en ningún apartado de estas guías está considerada

la valoración de la CVRS y los factores que están directamente relacionados con ella, como sabemos no solo la salud física es lo más importante para una persona que vive con VIH, sino el saber su estado mental, percepción de sí mismo, su relación con el entorno social, además de mejorar la comunicación médico paciente y la adherencia al tratamiento clínico.

El presente estudio busca obtener información sobre la CVRS en mujeres con VIH utilizando la herramienta HHOQOL-HIV BREF recomendada por la OMS, ya que al momento en el país no ha sido aplicada y a nivel internacional se reportan varios estudios con esta herramienta. Una vez obtenida esta información, se plantea socializarla con la finalidad de que sirva como referente para incluirla en el plan nacional de manejo, dar a conocer a las unidades de atención de pacientes con VIH, mejorar la calidad y lograr un tratamiento integral en las pacientes.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Determinar la calidad de vida de las mujeres con VIH positivas en TARGA que acuden a la Unidad de Atención Integral del Hospital Enrique Garcés desde diciembre del 2021 a abril del 2022, mediante la aplicación de la herramienta WHOQOL-HIV BREF

5.2 Objetivos específicos

Caracterizar las pacientes VIH positivas en TARGA tratadas en la Unidad de Atención Integral del Hospital Enrique Garcés.

Identificar el nivel de calidad de vida de las pacientes VIH positivas en TARGA tratadas en la Unidad de Atención Integral del Hospital Enrique Garcés, mediante el uso de la herramienta WHOQOL-HIV BREF.

Establecer la asociación entre la calidad vida de las mujeres con VIH y las variables sociodemográficas y clínicas-terapéuticas

CAPITULO II

6. MARCO TEÓRICO

6.1 Características del VIH

El VIH es un lentivirus del cual se conocen dos tipos: VIH-1 y VIH-2, genéticamente homólogos con organización genómica similar, el causante de la pandemia mundial es el VIH-1, y el VIH-2 es menos patogénico y menos transmisible. El VIH-1 tiene forma de esfera, envuelto en una bicapa lipídica con un tamaño de 100 a 120 nm, ataca al sistema inmunológico atacando a las células CD4 que funcionan como receptor del virus, debilita los sistemas de defensa contra las infecciones, caracterizándose por una disminución de los linfocitos CD4 hasta el que individuo cae en un estado de inmunodeficiencia, la fase avanzada de la infección es el SIDA, que puede tardar en aparecer de 2 a 15 años (Kasper et al., 2016; Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de la Salud, 2021).

6.2 Epidemiología

ONUSIDA estimó que, para finales del 2016, 36,7 millones de personas estarían infectadas por VIH y existirían 1,8 millones de infecciones nuevas (Parekh et al., 2018). En 2019, hubo 1,7 millones de nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo, superando con creces el objetivo de ONUSIDA para 2020, el que fue de 500.000 nuevas infecciones al año (Koss et al., 2021). Los objetivos establecidos no se cumplieron y la respuesta podría retrasarse más de 10 años por la pandemia de COVID-19 la que ha provocado graves

interrupciones en los servicios de salud dedicados al manejo de pacientes con VIH (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, 2020).

Las estimaciones realizadas por el MSP en conjunto con ONUSIDA, indican que 47.206 personas entre 15 a 49 años viven con VIH en el 2019. La provincia del Guayas es la que mayores casos presenta con 16.710, seguida de 5.452 casos en la provincia de Pichincha, 2.941 casos en los Ríos, 2.571 casos en Manabí, y 1.876 casos de VIH en Esmeraldas (Ministerio de Salud Pública, 2019).

6.3 Vías de transmisión

Como se conoce las vías de transmisión del VIH son varias, pero principalmente la vía sexual, mediante la concentración de partículas de semen y fluidos genitales, otras son la vía hematológica o hemoderivados infectados que en la actualidad es la de menor prevalencia, y la transmisión materno infantil, en la que la madre con infección activa puede transmitir la infección al feto durante el embarazo, el parto o la lactancia (Chiriboga, 2010). La infección es casi imposible de detectar hasta al menos 1-2 semanas después de la infección (Delgado, 2011) .

6.4 Manifestaciones clínicas

El 50 al 70% de los pacientes con infección aguda podrían presentar dentro de 3 a 6 semanas después de la infección primaria síntomas como: dolor de cabeza, fiebre, malestar general, presencia de linfadenopatías, además existen grados variables de afectación clínica, y otros síntomas que nos hacen sospecha de una infección temprana por VIH, como por ejemplo úlceras genitales, vómitos y pérdida de peso, lo cuales no son específicos para hacer

un diagnóstico, mismos que suelen desaparecer de forma gradual mientras se desarrolla la reacción inmunitaria contra el VIH (Kasper et al., 2016; Larry W & Chang, 2020).

El VIH puede clasificarse en 5 etapas de infección: (0, 1, 2, 3, o desconocido). Si se realiza una prueba en los 6 primeros meses luego de la infección y esta es negativa, se considera etapa 0. Se recomienda que se realicen exámenes de detección rápida en adolescentes y adultos hasta los 65 años, además, a mujeres embarazadas al inicio y final del embarazo para instauración de una terapia antiretroviral temprana lo que disminuya la transmisión de la enfermedad; se realizan pruebas de detección de tercera generación las cuales identifican la presencia de anticuerpos de inmunoglobulinas IgG e IgM, sin embargo, las pruebas de mayor sensibilidad y especificidad para de detección de la infección son las de cuarta generación, que identifican no solo a los anticuerpos sino también los antígenos y que pueden detectar la infección incluso en el periodo de ventana (Larry W & Chang, 2020).

Se han identificado factores de riesgo para contraer la infección por VIH, las cuales incluyen, tener relaciones sexuales ya sea vaginales y/o anales sin protección, tener múltiples parejas sexuales de las cuales no se conoce si presentan la infección, ser usuarios de drogas, además, el riesgo aumenta en pacientes que tienen una nueva pareja o tienen otras infecciones de transmisión sexual (Larry W & Chang, 2020).

6.5 Tratamiento

La terapia farmacológica combinada de 2 o 3 fármacos se asocia con mejor adherencia y tasa de supresión virológica, la misma que consta de una serie de combinaciones para lograr un adecuado manejo (Tabla 1). Es bien conocido que la falla en la adherencia al tratamiento se debe a las reacciones adversas de los fármacos, lo que un factor muy importante para

lograr los efectos deseados de la terapia, estos efectos adversos son: anemia, cefalea, reacciones alérgicas, dislipidemia, náusea, vómito, alteraciones del sueño, diarrea entre otros (Larry W & Chang, 2020)

Tabla 1
Régimen de tratamiento antirretroviral para adultos y adolescentes mayores de 13 años

Régimen	Medicamentos	Posología
PREFERENTE		
2 ITIAN / INI	TDF1 / 3TC / DTG2	300 / 150 / 50 mg, VO, QD
	TDF / FTC + DTG	300 / 200 / 50 mg, VO, QD
ALTERNATIVAS		
2 ITIAN + INI	TDF / 3TC + RAL	300 / 150 mg, VO, QD + 400 mg, VO BID
	TDF / FTC + RAL	300 / 200 mg, VO, QD + 400 mg, VO, BID
2 ITIAN + ITIANN	TDF / 3TC + EFV3	300 / 150 mg, VO, QD + 600 mg, VO, QD
	TDF / FTC/EFV	300 /200/600 mg, VO, QD
2 ITIAN + IP	TDF / 3TC + DRV/r4	300 / 150 mg, VO, QD + 800 mg / 100 mg, VO, QD
	TDF / FTC + DRV/r	300 / 200 mg, VO, QD + 800 mg / 100 mg, VO, QD
2 ITIAN + INI	ABC5 / 3TC + DTG	600 / 300 mg, VO, QD + 50 mg, VO, QD
2 ITIAN + INI	ABC / 3TC + RAL	600 / 300 mg, VO, QD + 400 mg, VO, BID

2 ITIAN + IP	ABC / 3TC + DRV/r	600 / 300 mg, VO, QD + 800 mg/100 mg, VO, QD
2 ITIAN + ITIANN	ABC / 3TC + EFV	600 / 300 mg, VO, QD + 600 mg, VO, QD
2 ITIAN + INI	AZT6 / 3TC + DTG	300 / 150 mg, VO, BID. + 50 mg, VO, QD
2 ITIAN + INI	AZT / 3TC + RAL	300 /150 mg, VO, BID + 400 mg, VO, BID

Datos obtenidos de: Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos. Actualización 2019 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

TDF: tenofovir; 3TC: lamivudina; ABC: abacavir; DRV: darunavir; DTG: dolutegravir; EFV: efavirenz; FTC: emtricitabina; INI: inhibidor de la integrasa; ITIAN: inhibidor de transcriptasa inversa análogo de los nucleósidos; IP/r: inhibidor de la proteasa potenciado con ritonavir; ITIANN: inhibidor de transcriptasa inversa no nucleósido; RAL: raltegravir; TDF: tenofovir disoproxil fumarato; ATV: atazanavir.

1 TDF: utilizar siempre y cuando se excluya la presencia de alteración renal u osteopenia y no exista riesgo de desarrollarlas.

2 DTG: evitar uso en mujeres en edad fértil, sin un método anticonceptivo efectivo (método hormonal más método de barrera) o aquellas que se encuentren cursando un embarazo menor de 8 semanas. Riesgo de desarrollo de anomalías del tubo neural. Para estos casos se prefiere RAL.

3 EFV: evitar en personas con trabajo de riesgo que requiera concentración, turnos laborales cambiantes, o trastornos psiquiátricos no controlados.

4 DRV/r: inhibidor de la proteasa de preferencia cuando EFV esté contraindicado. Vigilar interacciones medicamentosas por ser inductores e inhibidores del citocromo P50. ATZ/r si no se dispone de DRV/r.

5 ABC: Evitarse como primera línea con carga viral mayor a 100 000 copias /ml. Se recomienda su uso cuando TDF esté contraindicado.

6 AZT: por alto riesgo de toxicidad, recomendado únicamente cuando TDF y ABC no puedan ser utilizados como terapia inicial.

6.6 Calidad de vida

En una búsqueda histórica de expresión calidad de vida encontramos que ésta fue empleada por primera vez por el presidente de los Estados Unidos Lyndon Johnson en 1964 en su declaración de planes de salud. En los años 50 y por la crisis económica desencadenada por la II Guerra Mundial el término “Calidad de Vida” se popularizó y gradualmente tomó impulso. En 1977 el término calidad de vida apareció como categoría de búsqueda en el

Index Medicus y palabra clave en el sistema Medline, para hacerse popular en los años 80 entre investigadores de la salud (Botero & Pico, 2007).

Existen numerosos artículos de revisión acerca de las diversas facetas que ha tenido el estudio de la calidad de vida, principalmente los que se centran en su origen conceptual, fundamento y desarrollo, por lo tanto es una definición que ha ido modificando con el pasar de los años hasta llegar al concepto actual, por ejemplo en el año de 1978, la revista *“American Journal of Economics and Sociology”* considera a la calidad de vida como *“La fusión de factores de salud, sociales, económicos, políticos, educación y medio ambiente; insumos que son cuantificables, además se considera que un individuo puede alcanzar un nivel óptimo de calidad de vida sólo combinando los factores físicos y psicológicos”* (Liu, 1978). Otros conceptos mencionan que la calidad puede estar reflejada por dos factores, los constituyentes (índices de salud, bienestar, libertad de elección y libertades básicas) y los determinantes (disponibilidad de alimentos, vestimenta, vivienda, agua potable, asistencia legal, unidades educativas, atención de salud, seguridad e ingresos generales) (Dasgupta & Weale, 1992).

A mediados de la década de 1980, la OMS intenta conceptualizar la calidad de vida e inicia un proyecto para su evaluación donde participan 25 centros de países en vías desarrollo y desarrollados de todo el mundo, analizando la opinión tanto de personas sanas como enfermas y se estableció así un nuevo el concepto en el que describe a la calidad de vida como *“La percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones, matizado por su salud física, estado psicológico, grado de independencia, relaciones sociales, factores ambientales y creencias personales”*. De esta manera la calidad

de vida de una persona no puede ser reflejo de una opinión médica o familiar y mucho menos estar relacionada con las posesiones y los ingresos económicos personales de un individuo (Orley, 1996).

La calidad de vida es en la actualidad considerada como un concepto de vital importancia, siendo un objetivo para la investigación y la práctica en los diferentes campos de la medicina, con el tiempo también ha sido motivo de estudio de otras disciplinas como la psicología, la economía, la sociología y las ciencias ambientales, por tanto la información disponible continua en constante crecimiento (Estoque et al., 2019).

6.7 Herramientas previas

Mejorar la CVRS es fundamental para los pacientes que viven con VIH, es ésta la razón por la cual se han estudiado escalas como: el método de las necesidades básicas insatisfechas, el índice de desarrollo humano, Functional Independence Measure, el índice de pobreza multidimensional, Barthel Index, Medical Outcomes Study y el Functional Status Index; que fueron aplicadas en varios países con el objetivo de conocer las condiciones biopsicosociales en las que viven los pacientes con VIH, sin embargo, éstas escalas no fueron suficientes para medir y englobar todas las características que enfoca el concepto de la calidad de vida revisado previamente, por lo que se plantea buscar una escala global que pueda ser aplicada en todos los países con diferentes idiomas, culturas, religiones y estilos de vida (Cardona A. & Higuera G., 2014).

6.8 Elaboración del instrumento de medición

Para lograr elaborar un instrumento adecuado que logre englobar los aspectos de la vida de un individuo se realizó un cuestionario, aplicado a 4.800 pacientes tanto enfermos como

sanos, donde se busca establecer las preguntas y los campos que se deben tomar en cuenta para una valoración integral, es así como se lograron establecer las facetas conocidas posteriormente como dominios (Salud Física, Salud Psicológica, Nivel de Independencia, Relaciones Sociales, Ambiente, Espiritualidad/Religión/ Creencias), finalmente el instrumento mencionado tiene mayor validez intercultural y es aplicado en diversos centros de Croacia, España, Australia, Estados Unidos, Rusia, India; Francia, Japón, Hong Kong, Tailandia, Panamá, Argentina, Brasil, Canadá, China, Noruega, Suecia, entre otros. (Orley, 1996).

La investigación de la calidad de vida puede servir como método para medir los resultados de un tratamiento o una intervención (Orley, 1996). Un paso importante es conocer la calidad de vida de los pacientes que se atienden a diario, ya que al realizar una adecuada intervención en los factores que afectan individualmente a cada paciente se puede llegar a establecer un manejo integral, lograr un alivio de los síntomas, mejorar la relación médico paciente, estableciendo un vínculo más cercano y con mayor confianza hacia el profesional, lograr una atención de mejor calidad y conseguir una rehabilitación más efectiva y en menor tiempo. Es importante mencionar que conocer a profundidad lo que sienten, piensan y viven las mujeres que llegan a nuestro cuidado en la Unidad de Atención Integral, nos permitiría asegurar una mejor adherencia al tratamiento, lo que es punto clave para disminuir la carga viral y limitar su progresión a SIDA.

Es un reto valorar la calidad de vida de una persona, debido a que ésta se encuentra en constante cambio, en respuesta a enfermedades, situaciones económicas, problemas sociales e incluso influencias culturales, por lo que se considera adecuado medir la calidad de vida de forma constante, según las necesidades y seguimiento clínico, además, se requiere valoración

psicológica regular, ya que el estado de una paciente puede variar dependiendo de los síntomas depresivos que pueden aparecer o incrementarse en un momento determinado e incluso cambiar de un día a otro.

6.9 Herramienta de la OMS

En la búsqueda de una medida integral la OMS en 1998, diseñó la escala (WHOQOL-BREF) para la valoración de la calidad de vida, que es una versión corta del WHOQOL-100, para evaluar la percepción y la posición en la vida relacionado con la cultura y valores en los que vive un individuo, además de sus metas, expectativas y preocupaciones (Shumba et al., 2018); utilizando éste como base, posteriormente se creó WHOQOL HIV, que contiene 5 facetas adicionales específicas para pacientes que viven con VIH como son: la presencia de síntomas característicos, inclusión social, ideas de muerte o miedo y perdón (Whoqol Hiv Group, 2004), el cual ha demostrado ser confiable y aplicable en todo el mundo por su adaptación cultural y del lenguaje (Cardona A. & Higuaita G., 2014).

El cuestionario elaborado por la OMS, “WHOQOL-HIV BREF”; la cual muestra la percepción global de la CVRS, se mide por medio de dos ítems independientes de los dominios. El primer ítem es acerca de la percepción global de la Calidad de Vida Individual (CVI) y el segundo, es acerca de la percepción global de la Salud Individual (SI). Estos dos ítems utilizan una escala de Likert de 1 a 5 puntos, donde un puntaje cercano o igual a 5, indica una mejor percepción y un puntaje cercano o igual a 1, indica una baja percepción.

Los dominios de la CVRS: salud física, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad/religión/creencias, tienen un rango de puntuación de 4 (mínimo) a 20 (máximo) y con altas puntuaciones dentro de este rango se indica una mejor percepción de CVRS. Se toman en cuenta los rangos de puntuación

propuestos dentro de la escala de 4 a 20: de 14.7 a 20, corresponde a alta; de 9.3 a 14.6, corresponde a moderada y de 4 a 9.2, se indica baja calidad de vida (Sheng et al., 2010).

Obtención de las Puntuaciones del WHOQOL-HIV BREF:

Cálculo de la puntuación cruda de un dominio:

Para el cálculo de puntuación cruda, es necesario sumar todas las puntuaciones de los ítems que conforman un dominio. La mayoría de los ítems se puntúan en escala positiva, pero a excepción de los ítems Q3, Q4, Q31, Q5, Q9 y Q10 se escalan de manera negativa. Por esta razón, es necesario revertir su puntuación negativa mediante la aplicación de la fórmula $6 - Q_n$, donde Q_n es la puntuación obtenida del ítem en la escala de manera negativa (World Health Organization, 2012)

Tabla 2
Obtención de la puntuación cruda de dominios

Dominio	Fórmula
Salud física	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q14 + Q21$
Salud psicológica	$Q6 + Q11 + Q15 + Q24 + (6-Q31)$
Nivel de independencia	$(6-Q5) + Q22 + Q23 + Q20$
Relaciones sociales	$Q27 + Q26 + Q25 + Q17$
Ambiente	$Q12 + Q13 + Q16 + Q18 + Q19 + Q28 + Q29 + Q30$
Espiritualidad/Religión/Creencias	$Q7 + 6-Q8 + (6-Q9) + (6-Q10)$

Datos obtenidos de: World Health Organization. User's Manual. WHOQOL-HIV Instrument. Scoring and Coding for the WHOQOL-HIV Instruments. Rev. 2012.03 (World Health Organization, 2012). **Elaborado por:** Proaño M. Isabel

Puntuación de dominios en el rango de 4-20

La puntuación media de los ítems que conforman una escala dentro de cada dominio es utilizada para calcular la puntuación de dominio; es decir, que la puntuación media de la escala se multiplica por 4. Los rangos de puntuación de la escala que conforma un dominio

oscilan entre el rango de 4 (mínimo) a 20 (máximo) y con altas puntuaciones dentro de este rango se indica una mejor percepción.

Tabla 3
Fórmulas para la obtención de puntuaciones de dominios en el rango de 4-20

Dominio	Fórmula
Salud física	$((6-Q3) + (6-Q4) + Q14 + Q21) / 4 * 4$
Salud psicológica	$(Q6 + Q11 + Q15 + Q24 + (6-Q31)) / 5 * 4$
Nivel de independencia	$((6-Q5) + Q20 + Q22 + Q23) / 4 * 4$
Relaciones sociales	$(Q17 + Q25 + Q26 + Q27) / 4 * 4$
Ambiente	$(Q12 + Q13 + Q16 + Q18 + Q19 + Q28 + Q29 + Q30) / 8 * 4$
Espiritualidad/Religión/Creencias	$(Q7 + (6-Q8) + (6-Q9) + (6-Q10)) / 4 * 4$

Datos obtenidos de: World Health Organization. User's Manual. WHOQOL-HIV Instrument. Scoring and Coding for the WHOQOL-HIV Instruments. Rev. 2012.03 (World Health Organization, 2012). **Elaborado por:** Proaño M. Isabel

Las puntuaciones obtenidas en el rango de 4-20, no necesitan ser transformadas en el rango de 0-100.

Puntuación de Calidad de Vida General (CVG):

La CVG, relaciona la CV con la Salud, esta se mide por medio de dos ítems independientes, uno examina la Percepción Global de la Calidad de Vida Individual (pregunta No.1 = Q1) y el segundo la Percepción Global de la Salud Individual (pregunta No.2 = Q2). Estas dos preguntas pueden tener una puntuación de 1 – 5, donde una mayor puntuación dentro de este rango denota una mejor percepción

6.10 Estudios realizados

Se realizó un estudio transversal en la ciudad de Ambo, región de Oromía, Etiopía en el Hospital General de Ambo, en que se incluyó a 296 pacientes infectados por VIH que estaban recibiendo tratamiento antirretroviral (TARGA) desde 20 de febrero al 20 de mayo del 2019.

El principal objetivo de este estudio fue medir la CVRS, el mismo que se realizó utilizando el WHOQOL-HIV BREF, las puntuaciones de los 6 dominios: salud física (4 ítems), salud psicológica (5 ítems), relaciones sociales (4 ítems); nivel de independencia (4 ítems); salud ambiental (8 ítems); salud espiritual, religión y creencias (2 ítems), en total 29 preguntas, hay dos ítems que valoran la calidad de vida en general, la primera corresponde a la percepción general de la calidad de vida y la segunda a la percepción general del estado de salud. Del total de 296 pacientes, 168 eran mujeres, 100 tenían educación primaria, 186 estaban casados y 214 vivían en zonas urbanas; además, se les pidió que calificaran su estado de salud, 125 la calificaron como muy buena, 102 como ni buena ni mala y 49 como mala, 192 pacientes tenían un diagnóstico de VIH mayor a 5 años y 195 refirieron tener apoyo familiar. Se identificó que 86 pacientes eran consumidores de alcohol y drogas. El 85,1% de los pacientes tienen un recuento de CD4 basal ≥ 350 células / mm³ y más de la mitad se encontraba en estadio II y III de la enfermedad. Mediante un análisis de regresión logística binaria se realizó el análisis de asociación de las diferentes variables, se encontró que las personas casadas tenían puntuaciones más altas que los solteros ($P = 0,024$), los participantes con ingresos económicos mayores al sueldo básico tuvieron menos posibilidad de tener puntajes bajos en la puntuación global de CVRS ($P = 0,000$) (Dinsa Ayeno et al., 2020).

En el 2012 se realizó un estudio transversal con 1016 pacientes en tres epicentros de Vietnam que tenían diagnóstico de VIH/SIDA con TARGA, se utilizó la escala WHOQOL-HIV BREF y se valoró además el estado socioeconómico y características clínicas, se encontró como resultado que la CVRS fue más alta en las personas con terapia antiretroviral con más un año de tratamiento, además se observó menor morbilidad, mejor relación con el medio ambiente y espiritualidad en personas con tratamiento por 2 años; se encontró que la calidad de vida era menor en pacientes que viven en áreas rurales, los personas con educación

superior y trabajo estable tuvieron mejor puntuación con relación a quienes no tenían estabilidad laboral y nivel de estudio deficiente, con lo que respecta a la clínica de los pacientes, un estadio más avanzado de enfermedad y por ende mayor sintomatología tenían puntajes más bajos en la calidad de vida (Tran, 2012).

De la misma manera, se realizó un estudio transversal en Kermanshah, Irán, a 364 personas infectadas con VIH quienes pertenecían al Centro de Asesoramiento sobre Enfermedades del Comportamiento de Kermanshah en el año 2016 a 2017, se utilizó el WHOQOL-HIV BREF para la evaluación de la calidad de vida, se incluyeron variables demográficas como sexo, edad, educación, estado civil, salud sexual y reproductiva, enfermedades como: hepatitis C, tuberculosis y enfermedades psicosociales como depresión y esquizofrenia; algunos de los pacientes consumían drogas. Este estudio identificó que las personas con respuesta inmunitaria baja, enfermedades mentales, mayor gravedad de la enfermedad tiene una calidad de vida menor; además, que la desigualdad económica y la falta de atención médica pueden afectar al acceso a los servicios de salud y por ende la calidad de vida; se encontró que el consumo de drogas se relacionó con una mala calidad de vida, la educación primaria tuvo menor puntuación en la calidad de vida relacionándola con la independencia y espiritualidad; el estar soltero se relacionó con puntuaciones más bajas que el estar casado o tener una relación estable, lo que mostró una mejoría en la calidad de vida, aunque mostró un impacto negativo en el nivel de independencia y el dominio ambiente y espiritualidad (Khademi et al., 2021).

En Etiopía occidental, en los meses de abril a mayo del 2016, se realizó un estudio transversal comparativo con 520 pacientes con VIH/SIDA mayores de 18 años, que se encontraban recibiendo terapia antirretroviral, en las instalaciones de salud pública en West

Shoa Zone, se midió la calidad de vida con la herramienta estudiada, WHOQOL-HIV BREF y adicionalmente se midió la depresión mediante el Inventario de Depresión de Beck, Segunda Edición (BDI-II). Se recolectaron datos de las etapas cénicas, el recuento de CD4, los efectos secundarios de los fármacos. Se realizó un análisis logístico bivariado y multivariado para evaluar predictores independientes de la CVRS en ambos sexos, la edad media de los participantes fue 38 años para hombres y 33 para mujeres, 177 hombres y 158 mujeres vivían en áreas rurales, 186 hombres y 141 mujeres estaban casados, 63 hombres y 141 mujeres sabían leer y escribir; 124 hombres y 122 mujeres se encontraban en estadio III de enfermedad, la media de recuento de CD4 fue de 209 para los hombres y 186 para las mujeres, 49 hombres y 75 mujeres estaban desnutridos, 65 hombres y 95 mujeres presentaron depresión; con respecto a las comorbilidades 25 hombres y 33 mujeres padecían adicionalmente tuberculosis y 60 hombres y 75 mujeres de anemia.

Se compararon los diferentes dominios y se encontró relación estadísticamente significativa entre ellos, la relación entre el dominio de salud física y el de independencia (p - valor = 0.001), así como el dominio de calidad de vida y el psicológico con el estado de depresión ($p < 0,01$). El estudio mostró que, para los 6 dominios analizados las mujeres tuvieron puntajes menores en calidad de vida con relación a los hombres ($p < 0,006$). Las mujeres desnutridas tenían una calidad de vida psicológica 2.2 veces menor que las mujeres con nutrición adecuada, se observó una calidad de vida 1.9 veces menor en las mujeres con anemia. Para hombres y mujeres el tener tuberculosis fue un predictor de puntuaciones más bajas en los dominios físico, psicológico, de independencia y calidad de vida social, así mismo las mujeres con depresión tuvieron una calidad de vida más baja y las mujeres que recibieron apoyo familiar tenían 1.8 veces mejor calidad de vida. (Desta et al., 2020).

En todos los estudios mencionados anteriormente se identifican muchas variables que influyen tanto positiva como negativamente a la calidad de vida de una persona que padece de la enfermedad, de ahí la importancia de su estudio e identificación de los factores que hacen vulnerable a nuestras pacientes y que a la larga influye en su tratamiento y recuperación.

CAPITULO III

7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 Tipo de estudio

El estudio es de tipo observacional descriptivo de corte transversal, el mismo que se aplicó a las pacientes mujeres que acuden diariamente a la atención médica en la Unidad de Atención Integral del Hospital Enrique Garcés.

7.2 Población

La Unidad de Atención Integral del Hospital Enrique Garcés reporta una población total de 1728 pacientes, de los cuales 350 son mujeres que reciben control y seguimiento.

7.3 Muestra

Calculo de la muestra

N=es el tamaño de la población, Z es el valor crítico para el nivel de confianza c. (constante 1,96) con un margen de error del 5% y un nivel de confianza de 95%. e = error de estimación máximo aceptado

$$n: \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot (1-P)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot P \cdot (1-P)}$$

$$n: \frac{350 \cdot 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot (0,5)}{(349) \cdot 0,05^2 + 1,96^2 \cdot 0,5(0,5)}$$

$$n: \frac{350 \cdot 3,84 \cdot 0,5 \cdot (0,5)}{(349) \cdot 0,0025 + 3,84 \cdot 0,5(0,5)}$$

$$n: \frac{336}{1,83}$$

$$n: 183,6$$

La muestra se calculó con un universo de 350 mujeres que son atendidas en el Hospital Enrique Garcés en la Unidad de Atención Integral, la encuesta fue aplicada a 184 mujeres que aceptaron participar con el respectivo consentimiento informado.

Tipo de muestreo

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia debido a que las pacientes acuden de acuerdo a la normativa de atención a controles cada 6 meses, los cuales se afectaron por la pandemia de COVID 19, ya que las pacientes no acudían con regularidad al hospital y no se cuenta con una fecha exacta en el agendamiento. La recolección de la muestra se realizó en el período comprendido entre diciembre del 2021 hasta abril del 2022 en las pacientes que acudieron diariamente a la consulta externa en la Unidad de Atención Integral del Hospital Enrique Garcés.

7.4 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

Mujeres, con diagnóstico de VIH en un período de tratamiento mayor a 6 meses.

Mujeres con TARGA, que asisten a la consulta y que consintieron participar en el estudio.

Capacidad física para responder el cuestionario.

Criterios de exclusión:

Mujeres embarazadas.

Mujeres con VIH con registros médicos incompletos.

Mujeres que dejaron el tratamiento antirretroviral

7.5 Variables

Calidad de Vida:

Manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural, el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello determinado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales.

Las variables socio-demográficas:

Edad (en años), estado civil, nivel de educación, estabilidad laboral, lugar de residencia y consumo de drogas.

Las variables clínicas y terapéuticas:

Estado nutricional la cual se determina por IMC, valores de hemoglobina, recuento de CD4, reacción adversa al TARGA, tiempo de tratamiento con TARGA.

7.6 Operacionalización de variables (Anexo 1)**7.7 Procedimiento de recolección de la información:**

Para el proceso de recolección fue realizada en los exteriores de la sala de espera del área de consulta externa de infectología con el propósito de mantener la privacidad de las pacientes, los datos fueron obtenidos exclusivamente por un entrevistador (investigadora), quién estudió a detalle los parámetros de valoración de la herramienta y recolectó los datos de manera estandarizada a todas las pacientes, Se solicitó la lectura y firma de autorización del consentimiento informado y posteriormente se solicitó el llenado con los datos sociodemográficos (Anexo 2) posterior a ello se solicitó a las pacientes llenar el cuestionario “WHOQOL-HIV BREF”. (Anexo 3); para la obtención de los datos clínico terapéuticos se realizó la revisión de historias clínicas. El peso y talla fueron tomados por el personal auxiliar de enfermería de la Unidad de Atención Integral, ya que esta medida se realiza como protocolo antes de cada atención médica. Finalmente se elaboró una base de datos en Excel consolidando toda la información.

7.8 Plan de análisis de datos

Los datos recolectados se vaciaron y depuraron en el programa Microsoft Excel y luego se analizaron en el paquete estadístico IBM SPSS versión 25.

Para el análisis univariado, en las variables cuantitativas se obtendrá medidas de tendencia central (promedio, mediana y moda) medidas de dispersión (Desviación Estándar), y para las variables cualitativas se obtendrá, frecuencias y porcentajes. Los estimadores muestrales siguen una distribución normal corroborado por pruebas de normalidad Kolmogorov-Smirnov. La confiabilidad interna de la herramienta WHOQOL-HIV BREF se determinó mediante el alfa de Cronbach, tomando como satisfactorio valores iguales o superiores a 0,7. Las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud se analizaron según aspectos socio-demográficas y clínico- terapéuticos.

Para el análisis bivariado se recategorizó a los dominios de calidad de vida de la siguiente manera, para los dominios independientes de autopercepción de calidad y estado de salud se consideró como mala calidad de vida a los valores de 1, 2 y 3 (muy mala, mala, ni buena/ ni mala) y como buena a los puntajes de 4 y 5 (buena y muy buena), para los dominios de salud física, psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad/ religión y creencias se catalogó como buena valores mayores a 14,25 y como mala a valores inferiores, este punto de corte se obtuvo de calcular la media de todos los dominios; para establecer la relación entre variables se utilizó la pruebas T de dos proporciones, se realizó la comparación con las variables sociodemográficas y clínicas ya mencionadas, se consideró estadísticamente significativo al valor de $p < 0.05$. Por último, para analizar la medida de asociación de los factores y la aparición de buena o mala calidad de vida en cada dominio se calculó la razón de prevalencias.

7.9 Aspectos Bioéticos

A cada una de las pacientes que participó en el estudio se les solicitó autorización para participar en el estudio mediante un consentimiento informado (Anexo 4), mismo que fue

aprobado por el comité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, redactado de acuerdo a las normas éticas institucionales. Se realizó previamente una lectura de los objetivos del estudio y la metodología del llenado de la encuesta y se enfatizó en que los resultados de la investigación serán manejados con total confidencialidad, una vez cumplidos estos pasos se procedió a la firma del consentimiento e inicio de la toma de datos. Todos estos datos sensibles solo se van a utilizar para la realización de este estudio con acceso al mismo solo por el autor, además, van a estar encriptados y que después de 6 meses de su publicación estos serán destruidos como parte de la confidencialidad.

CAPITULO IV

8. RESULTADOS

La población del estudio estuvo conformada por 184 pacientes femeninas que fueron atendidas en la Unidad de Atención Integral en el Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito en el período de diciembre de 2021 a abril del año 2022, unidad que en promedio tiene una población de 1728 pacientes, de los cuales 350 son mujeres que reciben atención por el personal médico de medicina interna e infectología, ginecología, dermatología y área de psicología. De este grupo de estudio, no hubo valores perdidos. 7 pacientes no dieron su consentimiento informado para la ejecutar el cuestionario.

8.1 ANALISIS UNIVARIADO

Variables sociodemográficas

Tabla 4
Distribución de las pacientes según las características sociodemográficas

Variable	Categoría	N	%	IC 95%
Edad	15 a 19 años	1	0,5	0,1 – 3,0
	20 a 39 años	78	42,4	35,5 – 49,6
	40 a 64 años	92	50,0	42,9 – 57,2
	< 65 años	12	6,5	3,8 – 11,0
Instrucción	Ninguno	5	2,7	1,2 – 6,2
	Primaria	56	30,4	24,2 – 37,4
	Secundaria	91	49,5	42,3 – 56,6
	Superior	32	17,4	12,6 -23,5
Estado civil	Casada	42	22,8	17,4 – 29,4
	Divorciada	16	8,7	5,4 – 13,7
	Separada	10	5,4	2,9 – 9,7
	Soltera	63	34,2	27,8 – 41,4
	Unida	43	23,4	17,8 – 30,0
	Viuda	10	5,4	3,0 – 9,7
Zona de residencia	Rural	41	22,3	16,9 – 28,8
	Urbana	143	77,7	71,2 – 83,1
Consumo de drogas	No	182	98,9	96,1 – 99,7
	Si	2	1,1	0,3 – 3,9
Trabajo fijo	No	142	77,2	70,6 – 82,7
	Si	42	22,8	17,4 – 29,4

Datos obtenidos de la encuesta sobre Calidad de Vida en mujeres con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Enrique Garcés desde diciembre del 2021 a abril del 2022. **Elaborado por:** Proaño M. Isabel

Distribución por edad de la población estudiada

La edad está truncada en años cumplidos, la media fue 41,6 años (desviación estándar 12,5 años), la mediana y la moda fue 40 años, valor mínimo 17 y máximo 80 años. En la distribución de la edad según los percentiles, se encontró que el 5% de la población tuvo menos de 23 años y más de 68,4 años y el 50% de la población tuvo

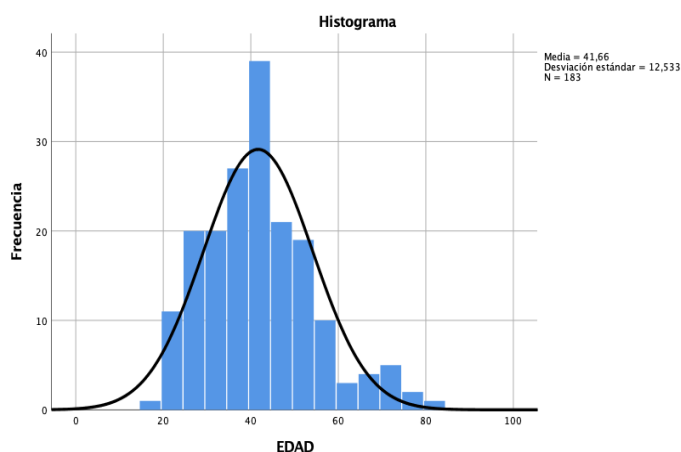
menos de 40 años.

Tabla 5
Distribución por la edad de las personas encuestadas.

Edad		Edad	
Media	41,66	Percentiles	5
Mediana	40		23
Moda	40		50
Desv. Desviación	12,53		95
Varianza	157,07		68,4
Mínimo	17		
Máximo	80		

Datos obtenidos de la encuesta sobre Calidad de Vida en mujeres con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Enrique Garcés desde diciembre del 2021 a abril del 2022. **Elaborado por:** Proaño M. Isabel

Ilustración 1
Distribución por grupos de edad



Datos obtenidos de la encuesta sobre Calidad de Vida en mujeres con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Enrique Garcés desde diciembre del 2021 a abril del 2022. **Elaborado por:** Proaño M. Isabel

Con objeto del estudio se recategorizó a la variable “edad” por “grupo etario” de acuerdo a los ciclos de vida propuestos por el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador (MAIS) (Ministerio de Salud Pública del Ecuador & Ministerio de Educación del Ecuador, 2018). De acuerdo al lineamiento del país los subgrupos se clasifican: adolescentes tardíos 15-19 años, adultos jóvenes de 20 a 39 años, adultos maduros 40 a 64 años y adultos mayores con más de 65 años. La tabla 4. presenta la distribución de la población de estudio por grupo

etario. El 42,4 % (78/184) participantes fueron adultas jóvenes, el 50% (92/184) adultas maduras y el 6,5% (12/184) fueron adultas mayores.

Distribución por nivel de instrucción de la población estudiada

En relación al nivel de instrucción, el 49,5% (91/184) manifestaron tener una instrucción secundaria, el 30,4% (56/184) primaria y el 17,4% (32/184) superior.

Distribución por estado civil de la población estudiada

En la tabla 4, se observa la distribución de la población estudiada por estado civil, donde el 34,2% (63/184) fueron solteras, 23,4% (43/184) unión libre, 22,8% (42/184) casadas, 8,7% (16/184) divorciadas y el 5,4% (10/184) participantes fueron viudas.

Distribución de la población estudiada por zona de residencia

De acuerdo con la zona donde residen las pacientes que participaron en el estudio, el área urbana vive el 77,7% (143/184).

Distribución de la población según el consumo de drogas

En la tabla 4 se detalla que el 98,9 % (182/184) de las mujeres no tuvieron consumo de drogas en los últimos 6 meses.

Distribución de la población de acuerdo a la estabilidad laboral

Según la distribución de las mujeres según su estabilidad laboral, el 77,2% (142/184) no cuentan con trabajo fijo.

Variables clínico terapéutica

Tabla 6
Distribución de las pacientes según las características clínicas y terapéuticas

Variable	Categoría	N	%	IC95%
Tiempo de tratamiento	> 1 año	163	88,6	83,2 – 92,4
	< 1 año	21	11,4	7,6 – 16,8
Reacciones adversas al TARGA	No	144	78,3	71,8 – 83,6
	Si	40	21,7	16,4 – 28,2
Estado nutricional	Bajo peso	5	2,7	1,2 – 6,2
	Normal	70	38	31,3 – 45,2
	Sobrepeso	68	37	30,3 – 44,1
	Obesidad tipo I	27	14,7	10,3 – 20,5
	Obesidad tipo II	10	5,4	3 – 9,7
	Obesidad tipo III	4	2,2	0,8 – 5,5
Niveles de hemoglobina	Normal	160	87	81,3 – 91,1
	Anemia Leve	15	8,2	5 – 13
	Anemia Moderada	9	4,9	2,6 – 9
Contaje de CD4	Estadio I	76	41,3	34,4 – 48,5
	Estadio II	90	48,9	41,8 – 56,1
	Estadio III	18	9,8	62,8 – 14,9

Datos obtenidos de la encuesta sobre Calidad de Vida en mujeres con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Enrique Garcés desde diciembre del 2021 a abril del 2022. **Elaborado por:** Proaño M. Isabel

Distribución de la población de acuerdo al tiempo de tratamiento con antirretrovirales.

El 88,6% (163/184) de las mujeres que accedieron a la realización de la encuesta tienen más de un año de tratamiento antirretroviral

Distribución de la población de acuerdo a la presentación de reacciones adversas secundarios al uso de terapia antirretroviral.

Según la presentación de síntomas por el uso de fármacos antirretrovirales el 21,7% (40/184), refirió presentar al menos uno de los siguientes síntomas (nausea, vómito,

parestesias, cefalea, diarrea, mareos o dolor abdominal)

Distribución de la población de acuerdo al peso, talla e índice de masa corporal.

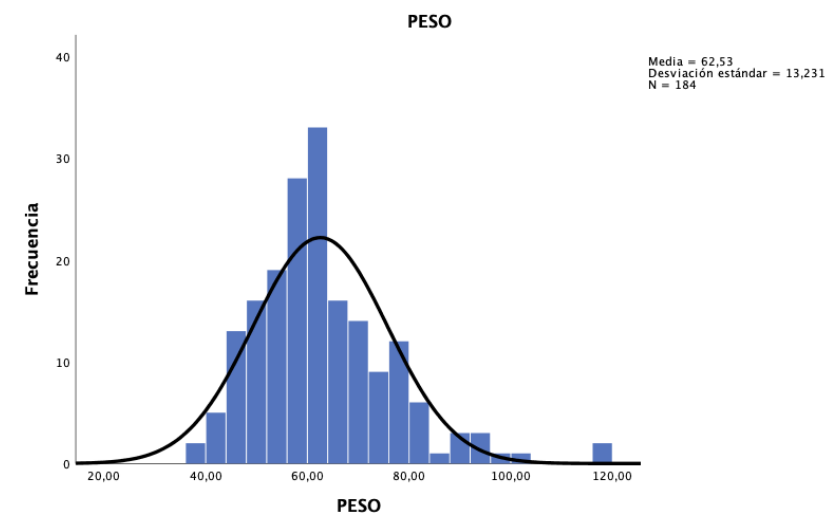
De acuerdo al peso de las pacientes, la media fue 62,5 Kg (con una desviación estándar de 13,23), la mediana y la moda fue de 60 kg, el valor mínimo de 38,5 kg y el máximo 117 kg. La media para la talla fue de 1,53 metros, la mediana y la moda 1,53 metros, la talla mínima fue de 1,35 y el máximo fue 1,85 respectivamente.

Tabla 7
Valores estadísticos de peso y talla

Estadísticos	Estadísticos	
	PESO	TALLA
Media	62,5266	1,5304
Mediana	60	1,53
Moda	60	1,5
Desv. Desviación	13,23086	0,06593
Varianza	175,056	0,004
Mínimo	38,5	1,35
Máximo	117	1,85

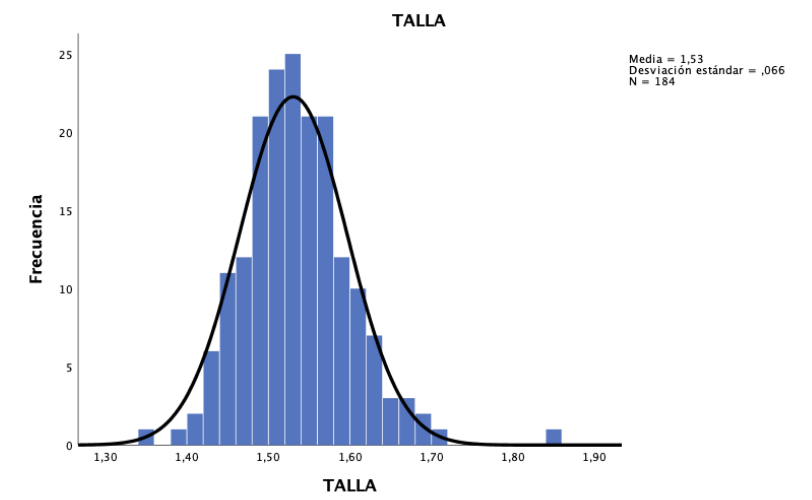
Datos obtenidos de la encuesta sobre Calidad de Vida en mujeres con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Enrique Garcés desde diciembre del 2021 a abril del 2022. **Elaborado por:** Proaño M. Isabel

Ilustración 2
Distribución de las pacientes según el peso (Kg)



Datos obtenidos de la encuesta sobre Calidad de Vida en mujeres con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Enrique Garcés desde diciembre del 2021 a abril del 2022. **Elaborado por:** Proaño M. Isabel

Ilustración 3
Distribución de las pacientes según la talla (m)



Datos obtenidos de la encuesta sobre Calidad de Vida en mujeres con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Enrique Garcés desde diciembre del 2021 a abril del 2022. **Elaborado por:** Proaño M. Isabel

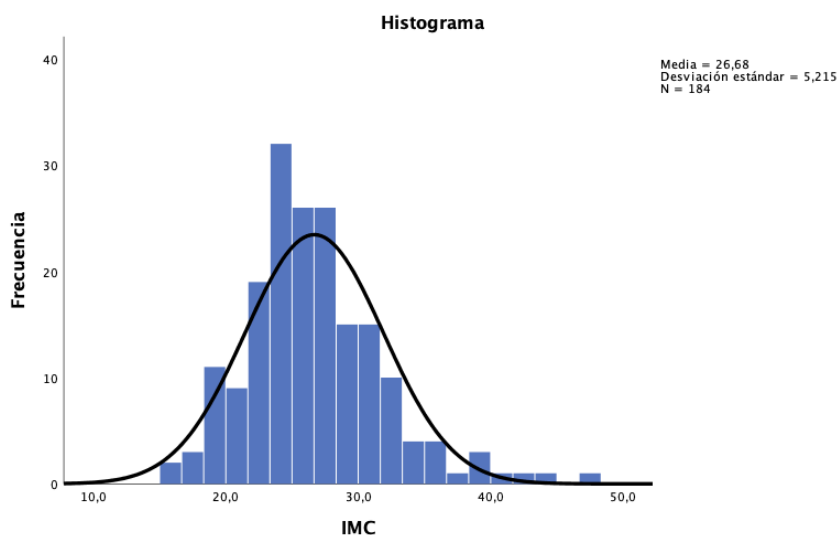
Para el índice de masa corporal, la media fue de 26,67 (con una desviación estándar de 5,2155), la mediana de 26,07 y la moda de 22,1; el valor mínimo de 15,6 y el máximo de 48,1

Tabla 8
Índice de masa corporal

Estadísticos	
Media	26,67
Mediana	26.07
Moda	22,1
Desv. Desviación	5,2155
Varianza	27,20
Mínimo	15,6
Máximo	48,1

Datos obtenidos de la encuesta sobre Calidad de Vida en mujeres con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Enrique Garcés desde diciembre del 2021 a abril del 2022. **Elaborado por:** Proaño M. Isabel

Ilustración 4
Distribución de las pacientes según el índice de masa corporal



Datos obtenidos de la encuesta sobre Calidad de Vida en mujeres con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Enrique Garcés desde diciembre del 2021 a abril del 2022. **Elaborado por:** Proaño M. Isabel

Según las recomendaciones de la OMS, se categoriza el índice de masa corporal como bajo peso a niveles menores a 18,5 como Bajo peso, de 18,5 a 24,9 como Normal, de 25 a

29,9 Sobrepeso, de 30 a 34,5 obesidad tipo I, de 35 a 39,9 Obesidad tipo II, y > a 40 como Obesidad tipo III (Organización Mundial de la Salud, 2021a).

Para comprender mejor la relación peso talla individualmente se recategorizó por índice de masa corporal donde el 38% (70/184) corresponde a niveles normales, el 37% (68/184) sobrepeso, el 14,7% (27/184) de pacientes están en obesidad tipo I, el 5,4% (10/184) tiene obesidad tipo II y el 2,7% (5/184) tiene bajo peso.

Distribución de la población de acuerdo a niveles de hemoglobina.

Los valores de hemoglobina están catalogados en g/dl, con la respectiva corrección de acuerdo a los metros sobre el nivel del mar para nuestra población. La media fue de 14,2 g/dl (desviación estándar 1,77), la mediana 14,2, y la moda 14,6g/dl, con valor mínimo 9 y máximo 18,2 mg/dl. En la distribución por percentiles de los niveles de hemoglobina, se encontró que el 5% de la población tuvo menos de 10,95 g/dl y más de 16,80 g/dl años y el 50% de la población tuvo menos de 14,6 g/dl.

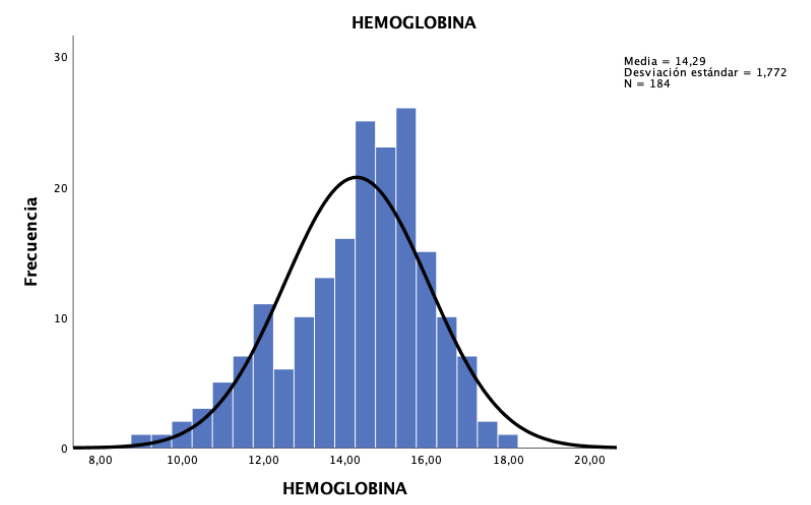
Tabla 9
Distribución por valores de hemoglobina en las pacientes encuestadas

Estadísticos	
Hemoglobina	
Media	14,28
Mediana	14,60
Moda	14,30
Desv. Desviación	1,7716
Varianza	3,165
Mínimo	9
Máximo	18,2

Percentiles	5%	10,95
	50%	14,6
	95%	16,80

Datos obtenidos de la encuesta sobre Calidad de Vida en mujeres con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Enrique Garcés desde diciembre del 2021 a abril del 2022. **Elaborado por:** Proaño M. Isabel

Ilustración 5
Distribución de la población según los valores de hemoglobina



Datos obtenidos de la encuesta sobre Calidad de Vida en mujeres con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Enrique Garcés desde diciembre del 2021 a abril del 2022. **Elaborado por:** Proaño M. Isabel

Para comprender mejor el impacto en la salud de la variable “niveles de hemoglobina” se la recategorizó en “grados de anemia” según lo propuesto por la organización mundial de la salud (OMS) en el 2011 (Organización Mundial de la Salud, 2011). De acuerdo con el manual los valores de hemoglobina se catalogan como normal a valores mayores de 12g/dl, anemia leve de 11 a 11,9g/dl, anemia moderada de 8 a 10,9 y anemia severa a valores menores de 8g/dl. En la valoración de las pacientes encontramos que el 87% (160/184) tiene valores normales de hemoglobina y el 8,2% (15/184) tienen anemia leve.

Distribución de la población de acuerdo al conteo de CD4.

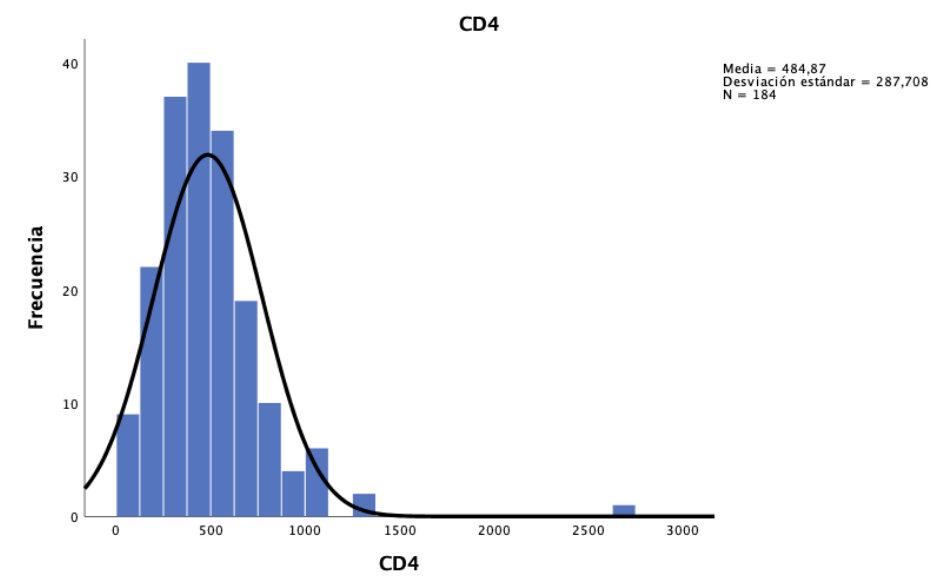
El conteo de CD4 está expresado en células /mm³, en la base de datos obtenida se encontró una media de 484 células/mm³ (desviación estándar 287,7), la mediana 442 y la moda 389, con valor mínimo 56 y máximo de 2665. Según la distribución por percentiles, se encontró que el 5% de la población tuvo menos de 121 y más de 1007 células/mm³ a y el 50% de la población tuvo menos de 442.

Tabla 10
Distribución de las pacientes encuestadas según su conteo de CD4

Estadísticos		
CD4		
Media		484,87
Mediana		442
Moda		389 ^a
Desv. Desviación		287,708
Varianza		862775,983
Mínimo		56
Máximo		2665
Percentiles	5	121,25
	50	442
	95	1027,25

Datos obtenidos de la encuesta sobre Calidad de Vida en mujeres con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Enrique Garcés desde diciembre del 2021 a abril del 2022. **Elaborado por:** Proaño M. Isabel

Ilustración 6
Distribución de las pacientes encuestadas según su conteo de CD4



Datos obtenidos de la encuesta sobre Calidad de Vida en mujeres con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Enrique Garcés desde diciembre del 2021 a abril del 2022. **Elaborado por:** Proaño M. Isabel

La guía de atención integral para adultos y adolescentes con infección por VIH y el libro Principios de Medicina Interna de Harrison edición 19, agrupan al conteo de CD4 en estadios. El Estadio I comprende > 500 células/mm³, el Estadio II de 200 a 499 y el Estadio III $<$ de 200 células/mm³ (Kasper et al., 2016; Ministerio de Salud Pública, 2017b), de esta manera el 48,9%(90/184) están en Estadio II y el 41,3%(76/184) en Estadio I.

Resultados según ítems independientes de los dominios

Tabla 11
Distribución de las pacientes según la autopercepción de las pacientes

Variable	Categoría	n	%
Autopercepción de la Calidad de vida	Muy mala	1	0,5
	Mala	7	3,8
	Ni buena/Ni mala	55	29,9
	Buena	90	48,9
	Muy buena	31	16,8

Autopercepción del Estado de salud	Muy mala	1	0,5
	Mala	12	6,5
	Ni buena/Ni mala	39	21,2
	Buena	99	53,8
	Muy buena	33	17,9

Datos obtenidos de la encuesta sobre Calidad de Vida en mujeres con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Enrique Garcés desde diciembre del 2021 a abril del 2022. **Elaborado por:** Proaño M. Isabel

Distribución de la población de acuerdo a su percepción de calidad de vida y estado de salud.

En la tabla 11 se observada la distribución de las mujeres que participaron en el estudio según su percepción general de calidad de vida donde el 48,9% (90/184) refieren tener buena calidad de vida, el 29,9%(55/184) ni buena/ ni mala, el 16,8%(31/184) muy buena y el 3,8%(7/1184) mala calidad de vida. Según la distribución de las pacientes por estado de salud, se evidencia que el 53,8%(99/184) indican tener buena salud, el 21,2%(39/184) ni buena/ni mala, el 17,8% (33/184) muy buena y el 6,5%(12/184) como mala.

Resultados por Dominios de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Tabla 12
Distribución de las pacientes según los dominios que forman parte de la calidad de vida

Variable	Categoría	n	%
Salud Física	Baja	3	1,6
	Moderada	45	24,7
	Alta	136	73,9
Salud psicológica	Baja	9	4,9
	Moderada	110	59,8
	Alta	65	35,3
Nivel de independencia	Baja	3	1,6
	Moderada	98	53,3
	Alta	83	45,1

Relaciones Sociales	Baja	17	9,2
	Moderada	102	55,4
	Alta	65	35,3
Ambiente	Baja	5	2,7
	Moderada	137	74,5
	Alta	42	22,8
Religión y Creencias	Baja	12	6,5
	Moderada	50	27,2
	Alta	122	66,3

Datos obtenidos de la encuesta sobre Calidad de Vida en mujeres con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Enrique Garcés desde diciembre del 2021 a abril del 2022. **Elaborado por:** Proaño M. Isabel

Distribución de la población de acuerdo a la Salud Física.

De acuerdo con la categorización de la calidad de vida realizada por la OMS, indica que valores entre 14.7 a 20, corresponde a alta; de 9.3 a 14.6, a moderada y de 4 a 9.2, se indica baja calidad de vida. Se observa la distribución de la población estudiada en relación a la salud física como componente de la calidad de vida, donde el 73,9% (136/184) tienen alta calidad de vida y el 24,5% (45/184) moderada calidad de vida.

Distribución de la población de acuerdo la Salud Psicológica.

En la tabla 12. Se muestra como del total de pacientes estudiadas el 59,8% (110/184) refieren tener moderada calidad de vida, y el 35,3% (65/184) alta calidad de vida.

Distribución de la población de acuerdo al Nivel del Independencia.

En relación al nivel de independencia encontramos que el 53,3% (98/184) de las pacientes estudiadas indican tener moderada calidad de vida y el 45,1%(83/184) alta calidad de vida.

Distribución de la población de acuerdo a la Relación Social.

Con relación a la relación social como parte de la calidad de vida encontramos que el 55,4% (102/184) tienen una calidad de vida moderada y el 35,3%(65/184) alta calidad de vida.

Distribución de la población de acuerdo al Ambiente.

La tabla 12 muestra la distribución de las mujeres de acuerdo al ambiente como componente de la calidad de vida, en el que en 74,5% (137/184) tiene una moderada calidad de vida y el 22,8%(42/184) alta calidad de vida.

Distribución de la población de acuerdo a la Religión/ Creencias.

La distribución de las participantes en relación a la religión/creencias en relación con la calidad de vida se observa que el 66,3%(122/184) tiene alta calidad de vida, 27,2%(50/184) moderada calidad de vida.

8.2 ALFA DE CRONBACH PARA LA HERRAMIENTA WHOQOL-HIV BREF

Para el uso de la herramienta WHOQOL-HIV BREF se realizó el análisis de fiabilidad calculando el Alfa de Cronbach obteniendo como resultado 0,76 que nos indican la herramienta confiable para la valoración de calidad de vida. Se obtienen además los estadísticos de los elementos individuales los cuales se detallan en la tabla a continuación.

Tabla 13
Alfa de Cronbach

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,762	8

Datos obtenidos de la encuesta sobre Calidad de Vida en mujeres con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Enrique Garcés desde diciembre del 2021 a abril del 2022. **Elaborado por:** Proaño M. Isabel

Tabla 14
 Alfa de Cronbach para cada elemento de la herramienta WHOQOL-HIV BREF

Estadísticas de elemento			
	Media	Alfa de Cronbach	N
Autopercepción de CV	3,77	0,804	184
Autopercepción salud	3,8	0,833	184
Salud Física	2,72	0,484	184
Salud Psicológica	2,3	0,558	184
Nivel de Independencia	2,43	0,529	184
Relaciones Sociales	2,26	0,616	184
Ambiente	2,2	0,465	184
Religión y Creencias	2,6	0,611	184

Datos obtenidos de la encuesta sobre Calidad de Vida en mujeres con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Enrique Garcés desde diciembre del 2021 a abril del 2022. **Elaborado por:** Proaño M. Isabel

8.3 ANALISIS BIVARIADO

Para el análisis de las variables se decidió dividir a la CVRS de las pacientes en dos grupos, CVRS Buena y mala, utilizando como punto de corte la media de las puntuaciones de CVRS (14,25), en una escala de 0 a 20 (Tabla 15). En la valoración de la CVRS en sus 6 dominios, se identificó puntuaciones más altas en los dominios de salud física, nivel de independencia y religión/creencias y espiritualidad lo que indica una buena calidad de vida.

Para realizar el análisis bivariado se agrupó a los dominios de la calidad de vida en dos grupos, el primero que está conformado por los dominios salud física, salud psicológica y nivel de independencia que representan aspectos personales o independientes, y el segundo

conformado por las relaciones sociales, ambiente y religión/ espiritualidad y creencias que son parámetros relacionados con el entorno del paciente.

Tabla 15
Valores estadísticos para cada dominio

	Estadísticos						
	S. Física	S. Psicológica	N. Independencia	R. Sociales	Ambiente	R. y Creencias	Media total
N	184	184	184	184	184	184	
Media	15,64	13,6	14,29	13,35	13,2	15,33	14,25
Mediana	16	13,6	14	14	13,5	16	
Moda	16	13,6	14	14	14	19	

Datos obtenidos de la encuesta sobre Calidad de Vida en mujeres con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Enrique Garcés desde diciembre del 2021 a abril del 2022. **Elaborado por:** Proaño M. Isabel

Se realizaron las pruebas de asociación entre las diferentes variables sociodemográficas y clínico terapéuticas y las puntuaciones globales de CVRS en la población de estudio. En los dominios independientes, se encontró que en el dominio de Salud física existe una relación estadísticamente significativa con la presencia de reacciones adversas al TARGA (RP: 2,16, IC 1,4 - 3,4, $p = 0,005$) y, en el dominio de salud psicológica se encontró que tener trabajo fijo, es un factor protector para tener una buena calidad de vida, (RP: 0,58, IC 0,4 - 0,9, $p = 0,003$), además el estar casado también se identifica como un factor protector para tener una buena calidad de vida (RP: 0,67, IC 0,45 – 0,99, $p = 0,02$). Según el nivel de independencia existe 1,39 veces (RP: 1,39, IC 1,05 – 1,85, $p = 0,017$) más probabilidad de tener mala calidad de vida en mayores de 40 años (Tabla 17).

En los dominios relacionados con el entorno, se observó relación estadísticamente significativa en el dominio ambiente donde se encontró que el 8 de 10 personas con instrucción secundaria- superior tienen buena calidad de vida (RP: 0,82, IC 0,68 – 0,98, $p =$

0,03) y las pacientes con reacciones adversas al TARGA tienen el doble de posibilidad (RP: 2,24, IC 1,68 – 2,99, $p < 0,001$) de tener mala calidad de vida, además las que tienen algún grado de anemia tienen 3,4 veces más posibilidad (RP: 3,42, IC 2,33 – 5,03, $p < 0,001$). En el dominio correspondiente a espiritualidad/ religión y creencias se encontró que el tener reacciones adversas al TARGA y encontrarse en estadio II-III de la enfermedad tenían 1,7 veces más riesgo de tener una mala calidad de vida (RP: 1,71, IC 1,15– 2,56, $p = 0,02$) y (RP: 1,72, IC 1,08 – 2,73, $p = 0,01$) respectivamente (Tabla 18). Con respecto al dominio de relaciones sociales, no se encontró asociaciones significativas.

Tabla 16
Distribución y recategorización de los dominios en buena y mala calidad de vida

Dominios	Buena		Mala	
	n	%	n	%
Salud Física	136	73,9	48	26,1
Salud Psicológica	81	44	103	56,0
Nivel de Independencia	83	45,1	101	54,9
Relaciones Sociales	65	35,3	119	64,7
Ambiente	54	29,3	130	70,7
Espiritualidad/Religión/Creencias	122	66,3	62	33,7

Datos obtenidos de la encuesta sobre Calidad de Vida en mujeres con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Enrique Garcés desde diciembre del 2021 a abril del 2022. **Elaborado por:** Proaño M. Isabel

Tabla 17
Relación de los dominios salud física, salud psicológica y nivel de independencia

	<i>Salud física</i>					<i>Salud psicológica</i>					<i>Nivel de independencia</i>				
	Buena n=136 (%)	Mala n=48 (%)	P	RP	IC	Buena (n=81)	Mala (n=103)	P	RP	IC	Buena (n=83)	Mala (n=101)	P	RP	IC
<i>VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS</i>															
Edad															
< 40	63 (46.3)	17 (35.4)	0,17	1,40	0,83- 2,35	41 (50.6)	39 (37.9)	0,08	1,26	0,96 - 1,66	44 (53.0)	36 (35.6)	0,017	1,39	1.05-1,85
> o = 40	73 (53.7)	31 (64.5)				40 (49.4)	64 (62.1)				39 (47.0)	65 (64.4)			
Instrucción															
Ninguna- primaria	43 (31.6)	18 (37.5)	0,46	0,83	0,50- 1,36	22 (27.2)	39 (37.9)	0,11	0,81	0,63- 1,05	24 (28.9)	37 (36.6)	0,26	0,86	0,66-1,12
Secundaria- Superior	93 (68.4)	30 (62.5)				59 (72.8)	64 (62.1)				59 (71.1)	64 (63.4)			
Estado civil															
No casadas	100 (73.5)	42 (87.5)	0,02	0,48	0,22- 1,06	56 (69.1)	86 (83.5)	0,02	0,67	0,45- 0,99	64 (77.1)	78 (77.2)	0,98	1,00	0,7 - 1,4
Casadas	36 (26.5)	6 (12.5)				25 (30.9)	17 (16.5)				19 (22.9)	23 (22.8)			
Residencia															
Urbana	109 (80.1)	34 (70.8)	0,2	1,44	0,86 - 2,41	65 (80.2)	78 (75.7)	0,46	1,12	0,84 - 1,49	67 (80.7)	76 (75.2)	0,36	1,15	0,86-1,53
Rural	27 (19.9)	14 (29.2)				16 (19.8)	25 (24.3)				16 (19.3)	25 (24.8)			
Consumo de drogas															
No	134 (98.5)	48 (100.0)	0,15	0,00	0	79 (97.5)	103 (100)	0,15	0,00	0	81 (97.6)	101 (100)	0,15	0,00	0
Si	2 (1.5)	0 (0.0)				2 (2.5)	0				2 (2.4)	0 (0.0)			
Trabajo fijo															
No	101 (74.3)	41 (85.4)	0,07	0,58	0,28- 1,19	54 (66.7)	88 (85.4)	0,03	0,58	0,38- 0,88	58 (69.9)	84 (83.2)	0,03	0,68	0,46-1.01
Si	35 (25.7)	7 (14.6)				27 (33.3)	15 (14.6)				25 (30.1)	17 (16.8)			

<i>VARIABLES CLÍNICAS</i>															
Tratamiento															
< 1 año	15 (11.0)	2 (4.2)	0,7	2,19	0,58-8,26	7 (8.6)	14 (13.6)	0,28	0,82	0,59-1,14	11 (13.3)	10 (9.9)	0,48	1,17	0,73-1,87
> 1 año	121 (89.0)	42 (87.5)				74 (91.4)	89 (86.4)				72 (86.7)	91 (90.1)			
Síntomas															
No	114 (83.8)	30 (62.5)	0,005	2,16	1,35-3,45	67 (82.7)	77 (74.8)	0,18	1,22	0,92-1,60	68 (81.9)	76 (75.2)	0,26	1,18	0,89-1,58
Si	22 (16.2)	18 (37.5)				14 (17.3)	26 (25.2)				15 (18.1)	25 (24.8)			
Estado nutricional															
Normal	47 (34.6)	23 (47.9)	0,1	0,67	0,41-1,08	28 (34.6)	42 (40.8)	0,38	0,89	0,69-1,15	26 (31.3)	44 (43.6)	0,08	0,80	0,62-1.03
Alterado	89 (65.4)	25 (52.1)				53 (65.4)	61 (59.2)				57 (68.7)	57 (56.4)			
Hemoglobina															
Normal	118 (86.8)	41 (85.4)	0,8	1,09	0,55-2,15	70 (86.4)	90 (87.4)	0,84	0,96	0,65-1,43	73 (88.0)	84 (83.2)	0,35	1,09	0,75-1,58
Anemia	18 (13.2)	7 (14.6)				11 (13.6)	13 (12.6)				10 (12.0)	14 (13.9)			
CD4															
Estadio I	59 (43,4)	17 (35,4)	0,32	1,28	0,77-2,15	39 (48.1)	37 (35.9)	0,09	1,26	0,95-1.65	34 (41.0)	42 (41.6)	0,93	0,98	0.75-1.28
Estadio II - III	77 (56,6)	31(64,6)				42 (51.9)	66 (64.1)				49 (59.0)	59 (58.4)			

Datos obtenidos de la encuesta sobre Calidad de Vida en mujeres con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Enrique Garcés desde diciembre del 2021 a abril del 2022. **Elaborado por:** Proaño M. Isabel

Tabla 18
Relación de los dominios relaciones sociales, ambiente y espiritualidad/religión y creencias

	Relaciones sociales					Ambiente					Espiritualidad/religión/creencias				
	Buena (65)	Mala (119)	P	RP	IC	Buena (54)	Mala (130)	P	RP	IC	Buena (122)	Mala (62)	P	RP	IC
<i>VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS</i>															
Edad															
< 40 años	28 (43.1)	52 (43.7)	0,93	0,99	0,79 - 1,23	31 (57.4)	57 (43.8)	0,09	1,17	0,97-1,42	50 (41.0)	30 (48.4)	0,34	0,82	0,55-1,23
> 40 años	37 (56.9)	67 (56.3)				23 (42.6)	73 (56.2)				72 (59.0)	32 (51.6)			
Instrucción															
Ninguna-primaria	17 (26.2)	44 (37.0)	0,12	0,85	0,69-1.04	12 (22.2)	49 (37.7)	0,03	0,82	0,68-0.98	40 (32.8)	21 (33.9)	0,88	0,97	0,62-1,48
Secundaria-Superior	48 (73.8)	75 (63.0)				42 (77.8)	81 (62.3)				82 (67.2)	41 (66.1)			
Estado civil															
No casadas	45 (69.2)	97 (81.5)	0,06	0,77	0,56-1.04	39 (72.2)	103 (79.2)	0,32	0,89	0,69-1,14	89 (73.0)	53 (85.5)	0,037	0,57	0,31-1.06
Casadas	20 (30.8)	22 (18.5)				15 (27.8)	27 (20.8)				33 (27.0)	9 (14.5)			
Residencia															
Urbana	51 (78.5)	92 (77.3)	0,85	1,02	0,80-1,31	45 (83.3)	98 (75.4)	0,2	1,14	0,94-1,39	97 (79.5)	46 (74.2)	0,42	1,21	0,77-1,90
Rural	14 (21.5)	27 (22.7)				9 (16.7)	32 (24.6)				25 (20.5)	16 (25.8)			
Consumo de drogas															
No	64 (98.5)	118 (99.2)	0,68	0,77	0,19-3.0	52 (96.3)	130 (100.0)	0,15	0,00	0	121 (99.2)	61 (98.4)	0,65	1,49	0,37-6.06
Si	1 (1.5)	1 (0.8)				2 (3.7)	0 (0.0)				1 (0.8)	1 (1.6)			
Trabajo fijo															
No	45 (69.2)	97 (81.5)	0,06	0,77	0,56-1.04	37 (68.5)	105 (80.8)	0,08	0,81	0,62-1,05	93 (76.2)	49 (79.0)	0,66	0,90	0,54-1,48
Si	20 (30.8)	22 (18.5)				17 (31.5)	25 (19.2)				29 (23.8)	13 (21.0)			

<i>VARIABLES CLÍNICAS</i>															
Tratamiento															
< 1 año	5 (7.7)	16 (13.4)	0,2	0,83	0,63-1,08	8 (14.8)	13 (10.0)	0,38	1,16	0,82-1,64	13 (10.7)	8 (12.9)	0,65	0,87	0,48-1,56
> 1 año	60 (92.3)	103 (86.6)				46 (85.2)	117 (90.0)				109 (89.3)	54 (87.1)			
Reacciones adversas al TARGA															
No	53 (81.5)	91 (76.5)	0,41	1,11	0,87-1,41	43 (79.6)	29 (22.3)	<0.001	2,24	1,68-2.99	102 (83.6)	42 (67.7)	0,02	1,71	1,15-2,56
Si	12 (18.5)	28 (23.5)				11 (20.4)	101 (77.7)				20 (16.4)	20 (32.3)			
Estado nutricional															
Normal	21 (32.3)	49 (41.2)	0,22	0,88	0,71-1.08	16 (29.6)	54 (41.5)	0,11	0,86	0,72-1.17	43 (35.2)	27 (43.5)	0,27	0,80	0,53-1,19
Alterado	44 (67.7)	70 (58.8)				38 (70.4)	76 (58.5)				79 (64.8)	35 (56.5)			
Hemoglobina															
Normal	60 (92.3)	100 (84.0)	0,07	1,27	1.00-1,61	49 (90.7)	19 (14.6)	<0.001	3,42	2,33-5.03	106 (86.9)	54 (87.1)	0,96	0,99	0.54-1.81
Anemia	5 (7.7)	19 (16.0)				5 (9.3)	111 (85.4)				16 (13.1)	8 (12.9)			
CD4															
Estadio I	23 (35.4)	39 (32.8)	0,72	1,04	0.84-1.30	23 (42.6)	53 (40.8)	0,82	1,02	0.85-1.23	58 (47,5)	18 (29,0)	0,01	1,72	1.08-2.73
Estadio II - III	42 (64.6)	80 (67.2)				31 (57.4)	77 (59.2)				64 (52,5)	44 (71,0)			

Datos obtenidos de la encuesta sobre Calidad de Vida en mujeres con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Enrique Garcés desde diciembre del 2021 a abril del 2022. **Elaborado por:** Proaño M. Isabel

Tabla 19
Relación de la autopercepción de la calidad de vida con los dominios

		Autopercepción de calidad de vida								
		Mala		Buena						
		n	%	n	%	P	RP	IC		
Salud física	Malo	24	38,1	24	19,8	0,007	2,48	1,26-4,89		
	Bueno	39	61,9	97	80,2					
Salud Psicológica	Malo	45	71,4	58	47,9	0,002	2,71	1,41 -5,21		
	Bueno	18	28,6	63	52,1					
Nivel de Independencia	Malo	36	57,1	65	53,7	0,658	1,15	0,62- 2,12		
	Bueno	27	42,9	56	46,3					
Relaciones Sociales	Malo	48	76,2	71	58,7	0,018	2,25	1,13-4,46		
	Bueno	15	23,8	50	41,3					
Ambiente	Malo	51	81	79	65,3	0,027	2,26	1,08-4,69		
	Bueno	12	19	42	34,7					
Espiritualidad/religión/creencias	Malo	28	44,4	34	28,1	0,026	2,04	1,08-3,84		
	Bueno	63	55,6	87	71,9					

Datos obtenidos de la encuesta sobre Calidad de Vida en mujeres con VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Enrique Garcés desde diciembre del 2021 a abril del 2022. **Elaborado por:** Proaño M. Isabel

CAPITULO V

9. DISCUSIÓN

El término de calidad de vida se utiliza para referirse a la sensación general de bienestar con respecto a la felicidad y el nivel general de satisfacción con la vida, basándonos en la definición propuesta por la OMS implica que la CVRS depende de factores culturales, sociales ambientales y percepción individual, parámetros que son valorados con la herramienta WHOQOL-HIV BREF que se aplica en esta investigación, la misma que tras el análisis de fiabilidad obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,76, lo que la hace una herramienta confiable para la valoración de calidad de vida.

En el estudio actual se encontró a pacientes de entre 17 a 80 años con un promedio de 41 años, de las cuales están casadas y tienen trabajo fijo el 22%, la mayoría de la población (66,9%) recibió instrucción secundaria y/o superior y el 41% de las pacientes tenían un conteo de CD4 mayor a 500 c/mm³, en estudios similares en Etiopia (n=153 mujeres), Vietnam (n=367 mujeres) la media de la edad fue de 35 años, el 54% estaban casadas, el 20 % tenían trabajo fijo, solo el 45% tenían educación secundaria-superior, y apenas un 14% tenían conteos de CD4 mayor a 500 c/cmm³ (Desta et al., 2020; Tran, 2012), el 77% residen en zonas urbanas, el 78% no reportan reacciones adversas a la terapia antirretroviral y solo en 25 participantes se encontró algún grado de anemia.

De acuerdo a la autopercepción general de la calidad de vida se reportó que un 65,7 % de las pacientes refieren tener buena calidad de vida, datos similares se obtuvieron en el estudio realizado en suroeste de Etiopia en el 2018 donde se reportó un 57,1% (Desta et al., 2020), mientras que en Irán (n=n139 mujeres) se informó de una calidad de vida general más baja

(47%) (Khademi et al., 2021), sin embargo en el análisis de cada dominio se encontraron porcentajes mayores en salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales y ambiente relacionados a mala calidad de vida (Tabla 16), lo que nos hace pensar que existe temor a expresar que sus condiciones de vida no son buenas o ser víctimas de un juicio por parte de la sociedad e incluso del equipo médico, Se encontró que la autopercepción general de calidad de vida tiene relación significativa en casi todos los dominios a excepción del nivel de independencia (Tabla 19), al igual que en estudio Etiopía se estable una relación entre las personas que refieren padecimientos físicos o psicológicos y niveles bajos de calidad de vida ($p = 0,007$ y $p = 0,002$)

Los pacientes con presencia de reacciones adversas a la terapia antirretroviral tienen una afectación de su calidad de vida principalmente en su dominio Físico ($p = 0,005$), lo que está en relación a todos los síntomas que se presentan principalmente al inicio del tratamiento es decir en pacientes con terapia menor a un año ($p = 0,002$), el trabajo fijo se relacionó con valores más altos de calidad de vida en el dominio psicológico ($p = 0,003$) lo que proyecta mayor estabilidad no solo en la esfera emocional sino también en el ámbito económico, en estudios similares en Oromía – Etiopía ($n = 168$ mujeres) se encontró que el tener niveles económico altos se relacionaba con mejor calidad de vida (Dinsa Ayeno et al., 2020), por lo tanto el mejorar el nivel de educación ofrecería mejores oportunidades de trabajo, ingresos económicos e incluso mejor apoyo social, entendimiento para sobrellevar la enfermedad y mantener una buena adherencia al tratamiento, de esta forma se lograría mejorar la calidad de vida de las pacientes.

Otros hallazgos que están en relación a estudios realizados en otros países es el que estar casado está relacionado con mejor calidad de vida ($p = 0,02$), lo que se explicaría por el apoyo familiar

y de pareja, el impacto positivo del apoyo familiar también está citado en estudios previos (Desta et al., 2020; Dinsa Ayeno et al., 2020) y que estadios más avanzados de enfermedad (Estadio II, III) ($p = 0,01$) por VIH están más relacionados con niveles bajos de calidad de vida (Khademi et al., 2021).

CAPITULO VI

10. CONCLUSIONES

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un indicador importante para evaluar la calidad del programa de VIH aplicado en la unidad y el sistema de atención de la salud, además es esencial que una evaluación de la calidad de vida se vuelva más importante que la cantidad de vida.

La presente investigación analiza a mujeres de entre 17 a 80 años con diagnóstico de infección por VIH que se encuentran en controles y tratamiento antirretroviral a través de la herramienta WHOQOL-HIV BREF, que tras el análisis de fiabilidad con Alfa de Cronbach obtuvo un puntaje de 0,76, lo que la hace una herramienta confiable para la valoración de calidad de vida.

Se llegó a establecer que a pesar de que las pacientes sienten que su calidad de vida es buena, el análisis independiente de cada dominio pudo identificar que la mayoría de pacientes en realidad tiene una mala calidad de vida: Dominio de Salud Psicológica (56%), Dominio Nivel de Independencia (54%), Dominio Relaciones Sociales (64,7%), Dominio Ambiente (70,7%); tan solo en el dominio de Salud física y el dominio de Espiritualidad/ Religión /Creencias se encontró porcentajes altos de buena calidad de vida

Se identificó que los factores sociodemográficos y clínico terapéuticos que más influyen son:

1. La edad mayor a 40 años
2. El no estar casada
3. Tener bajo o ningún nivel de instrucción
4. No tener estabilidad económica o trabajo fijo
5. Tener reacciones adversas al TARGA
6. Tener contajes de CD4 menores a 500 c/mm³ (estadio II, III).

La valoración y medición de la CVRS permite determinar las condiciones físicas y mentales de las pacientes que viven con VIH, pero además permite evaluar la eficacia de las intervenciones y tratamientos e investigar los factores que indican bienestar, lo que permitirá evaluar si las estrategias y el manejo instaurado a estos pacientes es el adecuado o existe la necesidad de mejorar los servicios del sistema de salud con el objetivo de garantizar que las condiciones de vida de estas pacientes sean adecuadas. El enfoque en la CVRS permite realizar una mejor evaluación del plan de tratamiento para lograr una recuperación integral y mejorar su relación con el entorno biopsicosocial de nuestras pacientes.

11. RECOMENDACIONES

Difundir el concepto de calidad de vida relacionada con la salud y su importancia a todos los profesionales que laboran en las Unidades de Atención Integral y están en contacto con pacientes VIH.

Realizar capacitaciones a los trabajadores de salud sobre la herramienta WHOQOL-HIV BREF como principal método de valoración de calidad de vida, para realizar una evaluación estandar a todos los pacientes.

Implementar la valoración de la Calidad de Vida en los programas de atención del Ministerio de Salud Pública, para que sean aplicados en cada atención médica e identificando los factores que individualmente generan malestar y por ende puntuaciones bajas en CVRS, e intervenir de forma conjunta con psicología y trabajo social para lograr una recuperación integral.

Fomentar políticas públicas que aseguren el abastecimiento de fármacos antirretrovirales a las Unidades de Salud, que permitan mantener un adecuado tratamiento de la infección logrando mayores niveles de CD4 y carga viral indetectable.

Realizar proyectos de investigación e intervención enfocados en mejorar la adherencia al tratamiento y tratar los síntomas secundarios de la toma de medicación.

Solicitar a las autoridades gubernamentales, se elaboren políticas de inclusión laboral para que personas VIH positivas tengan acceso a un trabajo digno y no sean víctimas de discriminación.

Trabajar en conjunto con psicología y trabajo social para realizar programas que promuevan el apoyo familiar y social.

Estudiar la influencia de otros factores sociodemográficos o clínicos puedan afectar la calidad de vida.

Replicar el estudio en un número mayor de pacientes en el que se incluya a hombres y personas transgénero con la finalidad de ampliar el conocimiento de la calidad de vida y como intervenir para su mejora.

Estudiar la calidad de vida no solo en pacientes VIH sino a todos los pacientes que acuden a las unidades de salud lo que permitirá una valoración pre y post infección y permitiría lograr una mejor intervención.

Extender la aplicación de la evaluación de calidad de vida con la herramienta WHOQOL-HIV BREF a pacientes VIH en todos los niveles de atención tanto públicos como privados, identificando los factores que más intervienen en cada estrato social y cultural.

Incentivar campañas de prevención y tamizaje de la infección para establecer un tratamiento temprano, además, crear programas informativos que incluyan temas como estigma, discriminación y calidad de vida.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

12. Recursos necesarios

12.1 Recursos Institucionales:

- Unidad de Atención Integral del Hospital General Enrique Garcés
- Bibliotecas virtuales de acceso a internet
- Área de archivo de historias clínicas del Hospital Enrique Garcés

12.2 Recursos Materiales:

- Instrumento de recolección de datos
- Hojas de papel

- Bolígrafos
- Libreta de notas
- Suministros de impresora
- Servicio de internet
- Costo aproximado 200 dólares

BIBLIOGRAFIA

1. Botero, B., & Pico, M. E. (2007). CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS: UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), págs. 11-24.
2. Cardona A., J. A., & Higueta G., L. F. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública.*, 15.
3. Chiriboga, D. (2010). GUIA NACIONAL DE CONSEJERIA EN VIH/SIDA. Ministerio de Salud Pública, 1, 110.
4. Cooper, V., Harding, R., & Whetham, J. (2017). Measuring quality of life among people living with HIV: A systematic review of reviews. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 220. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0778-6>
5. Dasgupta, P., & Weale, M. (1992). On measuring the quality of life. *World Development*, 20(1), 119-131. [https://doi.org/10.1016/0305-750X\(92\)90141-H](https://doi.org/10.1016/0305-750X(92)90141-H)
6. Delgado, R. (2011). Características virológicas del VIH. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29(1), 58-65. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2010.10.001>
7. Desta, A., Biru, T. T., & Kefale, A. T. (2020). Health related quality of life of people receiving highly active antiretroviral therapy in Southwest Ethiopia. *PLOS ONE*, 15(8), e0237013. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237013>
8. Dinsa Ayeno, H., Megersa Atomsa, K., & Melesie Taye, G. (2020). Assessment of Health-Related Quality of Life and Associated Factors Among HIV/AIDS Patients on Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) at Ambo General Hospital, West Shewa, Ethiopia. *HIV/AIDS - Research and Palliative Care*, Volume 12, 467-478. <https://doi.org/10.2147/HIV.S259510>
9. Estoque, R. C., Togawa, T., Ooba, M., Gomi, K., Nakamura, S., Hijioka, Y., & Kameyama, Y. (2019). A review of quality of life (QOL) assessments and indicators: Towards a “QOL-Climate” assessment framework. *Ambio*, 48(6), 619-638. <https://doi.org/10.1007/s13280-018-1090-3>
10. Gebremichael, D. Y. (2018). Gender difference in health related quality of life and associated factors among people living with HIV/AIDS attending anti-retroviral therapy at public health facilities, western Ethiopia: Comparative cross sectional study. 11.

11. Huang, Y., Luo, D., Chen, X., Zhang, D., Wang, M., Qiu, Y., Liu, Y., Peng, B., Niu, L., & Xiao, S. (2019). Changes and determinants of health-related quality of life among people newly diagnosed with HIV in China: A 1-year follow-up study. *Quality of Life Research*, 28(1), 35-46. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1998-x>
12. Kasper, D. L., Hauser, S. L., Jameson, J. L., Fauci, A. S., Longo, D. L., & Loscalzo, J. (2016). *Infecciones causadas por el Virus De Inmunodeficiencia Humana y otros retrovirus humanos (Nineteenth Edition, Vol. 2)*. McGRAW-HILL INTERAMERICANA.
http://highered.mheducation.com/sites/6071513359/information_center_view0/index.html
13. Khademi, N., Zanganeh, A., Saeidi, S., Teimouri, R., Khezeli, M., Jamshidi, B., Yigitcanlar, T., Salimi, Y., Almasi, A., & Gholami Kiaee, K. (2021). Quality of life of HIV-infected individuals: Insights from a study of patients in Kermanshah, Iran. *BMC Infectious Diseases*, 21(1), 203. <https://doi.org/10.1186/s12879-021-05908-z>
14. Koss, C. A., Havlir, D. V., Ayieko, J., Kwarisiima, D., Kabami, J., Chamie, G., Atukunda, M., Mwinike, Y., Mwangwa, F., Owaraganise, A., Peng, J., Olilo, W., Snyman, K., Awuonda, B., Clark, T. D., Black, D., Nugent, J., Brown, L. B., Marquez, C., ... Balzer, L. B. (2021). HIV incidence after pre-exposure prophylaxis initiation among women and men at elevated HIV risk: A population-based study in rural Kenya and Uganda. *PLOS Medicine*, 18(2), e1003492. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003492>
15. Larry W, & Chang. (2020). *ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME (Min Thant Thaw, Vol. 1)*. Copyright © 2020 by Elsevier, Inc.
16. Liu, B. (1978). Variations in Social Quality of Life Indicators in Medium Metropolitan Areas*. *American Journal of Economics and Sociology*, 37(3), 241-260. <https://doi.org/10.1111/j.1536-7150.1978.tb01227.x>
17. Ministerio de Salud Pública. (2017a). *Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). VIH EN EL ECUADOR*. <https://www.salud.gob.ec/vih/>
18. Ministerio de Salud Pública. (2017b). *Guía de atención integral para ADULTOS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN POR VIH/SIDA*. 1, 114.
19. Ministerio de Salud Pública. (2018, agosto). *Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la respuesta al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida e infecciones de transmisión sexual (ITS)*. 2018.

- <https://www.salud.gob.ec/msp-socializa-el-plan-estrategico-nacional-multisectorial-de-vih-2018-2022/>
20. Ministerio de Salud Pública. (2019). Boletín anual de VIH/SIDA y expuestos perinatales (1.a ed., Vol. 1). Estrategia Nacional del VIH/Sida-ITS. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/11/gaceta_vih_2019-1.pdf
 21. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud—MAIS (Tercera).
 22. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2019). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos. Guía de Práctica Clínica. Dirección Nacional de Normatización, 1, 156.
 23. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, & Ministerio de Educación del Ecuador. (2018). Manual de Atención Integral en Salud en Contextos Educativos (MAIS - CE) [Manual]. <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2019/02/Manual-MAIS-CE.pdf>
 24. Organización Mundial de la Salud. (2011). Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. VMNISM, Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales, 11(1), 7.
 25. Organización Mundial de la Salud. (2021a, junio 9). Obesidad y sobrepeso. OMS, 1. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=El%20%C3%ADndice%20de%20masa%20corporal,\(kg%2Fm2\).](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=El%20%C3%ADndice%20de%20masa%20corporal,(kg%2Fm2).)
 26. Organización Mundial de la Salud. (2021b, noviembre 30). VIH/sida. VIH/sida. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
 27. Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de la Salud. (2021). Virus de Inmunodeficiencia Humana/SIDA. Panamerican Health Organization. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9573:2019-factsheet-hiv-aids&Itemid=40721&lang=es
 28. Orley, J. (1996). ¿Que calidad de vida? Foro Mundial de la Salud, Volumen 17(1), 3.
 29. Parekh, B. S., Ou, C.-Y., Fonjongo, P. N., Kalou, M. B., Rottinghaus, E., Puren, A., Alexander, H., Hurlston Cox, M., & Nkengasong, J. N. (2018). Diagnosis of Human Immunodeficiency Virus Infection. *Clinical Microbiology Reviews*, 32(1), e00064-18, /cmr/32/1/e00064-18.atom. <https://doi.org/10.1128/CMR.00064-18>

30. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. (2020). El informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida muestra que los objetivos de 2020 no se cumplirán debido a un éxito profundamente desigual; COVID-19 arriesga desviar los avances en VIH fuera de curso (p. 3).
31. Relf, M. V., Pan, W., Edmonds, A., Ramirez, C., Amarasekara, S., & Adimora, A. A. (2019). Discrimination, Medical Distrust, Stigma, Depressive Symptoms, Antiretroviral Medication Adherence, Engagement in Care, and Quality of Life Among Women Living With HIV in North Carolina: A Mediated Structural Equation Model. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 81(3), 328-335. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002033>
32. Sheng, Y., Qiu, Z.-Q., He, Y., Juniper, N., & Zhang, Y. (2010). Living Conditions and Palliative Care Needs among End-of-Life Former Commercial Plasma Donors Affected with HIV/AIDS in Rural Henan of China. *Biomedical and Environmental Sciences*, 23(4), 279-286. [https://doi.org/10.1016/S0895-3988\(10\)60064-5](https://doi.org/10.1016/S0895-3988(10)60064-5)
33. Shumba, T. W., Moodley, I., & Shumba, T. (2018). Part 2: The feasibility of utilising photovoice method and the World Health Organization Quality of Life instrument in evaluating the Community-Based Rehabilitation programme in Namibia: A pilot study. *Open Access*, 2, 24. <https://doi.org/10.4102/ajod.v7i0.419>
34. Sun, W., Wu, M., Qu, P., Lu, C., & Wang, L. (2013). Quality of Life of People Living with HIV/AIDS under the New Epidemic Characteristics in China and the Associated Factors. *PLoS ONE*, 8(5), e64562. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0064562>
35. Tran, B. X. (2012). Quality of Life Outcomes of Antiretroviral Treatment for HIV/AIDS Patients in Vietnam. *PLoS ONE*, 7(7), e41062. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0041062>
36. Vélez, F., & Tobar, R. (2021, mayo). Boletín Anual de VIH/sida, Ecuador -2020. Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, 20.
37. Whoqol Hiv Group. (2004). WHOQOL-HIV for quality of life assessment among people living with HIV and AIDS: Results from the field test. *AIDS Care*, 16(7), 882-889. <https://doi.org/10.1080/09540120412331290194>
38. World Health Organization. (2012). WHOQOL-HIV Instrument. Copyright © World Health Organization, 13.

ANEXOS:

13. ANEXO 1.

13.1 Operacionalización de las variables

Variable	Definición operacional	Dimensión	Tipo de variable	Indicador	Unidad de medida	Técnica de medición	Instrumento
Calidad de vida	Manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural, el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello determinado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales.	*Salud Física *Salud Psicológica *Nivel de Independencia *Relaciones Sociales *Ambiente *Espiritualidad /Religión/ Creencias	Dependiente cualitativa ordinal	14.7 a 20: buena 9.3 a 14.6: moderada 4 a 9.2: baja	Puntos obtenidos de cálculo de los ítems de cada dominio	Encuesta	Whoqol-hiv bref
Socio-demográficas	Características generales de un grupo poblacional y su situación social	Edad	Independiente cuantitativa discreta	Años cumplidos hasta el momento del estudio	Años	Encuesta	Datos socio-demográficos
		Estado civil	Independiente cualitativa nominal	Estado civil al momento del estudio	Soltera Casada Viuda Unida Divorciada Separada	Encuesta	Datos socio-demográficos
		Nivel educativo	Independiente cualitativa ordinal	Estudios alcanzados hasta el momento del estudio	Ninguna primaria secundaria superior	Encuesta	Datos socio-demográficos

		Estabilidad laboral	Independiente cualitativa nominal	Estado laboral al momento del estudio	Trabajo fijo si/ no	Encuesta	Datos socio-demográficos
		Sitio de residencia	Independiente cualitativa nominal	Zona en la que vive al momento del estudio	Urbano rural	Encuesta	Datos socio-demográficos
		Consumo de drogas	Independiente cualitativa nominal	Consumo o uso de cualquier droga en los últimos 6 meses	Si no	Encuesta	Datos socio-demográficos
Clínico-terapéuticos	Características clínicas del estado del paciente, enfermedades y condiciones de tratamiento	Estado nutricional	Independiente cualitativa ordinal	IMC	Bajo Peso Normal Sobrepeso Obesidad I Obesidad II Obesidad III	Recolección de datos	Historia clínica
		Valores de hemoglobina	Independiente cuantitativa continua	Valor de hemoglobina registrado en el último examen de laboratorio	G/dl	Recolección de datos	Historia clínica
		Recuento de CD4	Independiente cuantitativa discreta	Cantidad de células CD4 en el último examen de laboratorio	Células / mm ³	Recolección de datos	Historia clínica
		Reacción adversa al TARGA	Independiente cualitativa nominal	Nausea, vómito, parestesias, cefalea, diarrea, mareos, dolor abdominal, otros	Si No	Encuesta	Datos socio-demográficos y estatus del TARGA
		Tiempo de tratamiento con TARGA	Independiente cualitativa nominal	Tiempo que desde el inicio de la toma hasta el momento del estudio	Menor a un año Mayor a un año	Encuesta	Datos socio-demográficos y estatus del TARGA

Elaborado por: Proaño M. Isabel

14. ANEXO 2.**14.1 Encuesta- Datos socio-demográficas y estatus del TARGA**

Fecha: _____

Nombres: _____

Número de cédula: _____

Edad: _____

¿Cuál es el nivel más alto en educación que recibió?

Ninguno / Primaria / Secundaria / Superior

¿Cuál es su estado civil?

Soltera / Casada / Unida / Separada / Viuda / Divorciada

¿En qué zona vive?

Urbana / Rural

¿Uso de droga en los últimos 6 meses?

Sí / No

¿Al momento usted cuenta con trabajo fijo (firma de contrato laboral)?

Sí/ No

¿Hace cuanto tiempo se encuentra recibiendo tratamiento antirretroviral?

Menos de un año / Más de un año

¿Ha presentado síntomas como Nausea, vómito, parestesias, cefalea, diarrea, mareos, dolor abdominal u otros, después de la toma de medicamentos antirretrovirales?

Sí / No

1. Variables clínico- terapéuticas

Antropometría

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

Estado Nutricional: _____

Valores de hemoglobina

_____ g/dl

Recuento de CD4

_____ células / mm³

15. ANEXO 3

15.1 WHOQOL-HIV BREF

Instrucciones para el paciente

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida relacionada con su salud y otras áreas de su vida. Por favor responda todas las preguntas. Si no está seguro de qué responder en alguna pregunta, por favor elija la que le parezca más apropiada. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas.

		Punteo crudo	Punteo de 4 a 20
Dominios	Cálculo del punteo crudo		
Salud Física	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q14 + Q21$ <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/>		
Salud Psicológica	$Q6 + Q11 + Q15 + Q24 + (6-Q31)$ <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/>		
Nivel Independencia	$(6-Q5) + Q20 + Q22 + Q23$ <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/>		
Relaciones Sociales	$Q17 + Q25 + Q26 + Q27$ <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/>		
Ambiente	$Q12 + Q13 + Q16 + Q18 + Q19 + Q28 + Q29 + Q30$ <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/>		
Espiritualidad/ Religión/ Creencias	$Q7 + (6-Q8) + (6-Q9) + (6-Q10)$ <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/>		

Lea cada pregunta, evalúe sus sentimientos y circule el número en la escala que corresponda a la mejor respuesta para usted.

		Muy mala	Mala	Ni buena Ni mala	Buena	Muy Buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Lo Normal	Satisfecho	Muy Satisfecho
2	¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas son acerca de cuánto ha experimentado ciertas cosas durante las últimas dos semanas

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremadamente
3	¿En qué medida siente que el dolor físico le impide lo que necesita hacer?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto le molestan los problemas físicos relacionados con la infección por VIH?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto tratamiento médico necesita para funcionar en su vida diaria (plantas medicinales, otros tratamientos, etc.)?	1	2	3	4	5
6	¿Qué tanto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
7	¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
8	¿Hasta que punto le molesta la gente que lo culpa por su condición de VIH?	1	2	3	4	5
9	¿Qué tanto le tiene miedo al futuro?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
10	¿Qué tanto le preocupa la muerte?	1	2	3	4	5
11	¿Qué tanto es capaz de concentrarse?	1	2	3	4	5
12	¿Qué tan seguro se siente en su vida diaria (seguridad en las calles, el vecindario, etc.)?	1	2	3	4	5
13	¿Qué tan saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas son acerca de qué tanto logró realizar o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Completa- mente
14	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
16	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
17	¿Hasta qué punto se siente aceptado por la gente que conoce?	1	2	3	4	5
18	¿Qué tan disponible tiene la información que necesita en su vida diaria (televisión, radio, periódico, etc)?	1	2	3	4	5
19	¿Hasta qué punto tiene la oportunidad de realizar actividades en su tiempo libre?	1	2	3	4	5

		Muy poco	Poco	Lo Normal	Bastante	Bastante bien
20	¿Cuánto es capaz de movilizarse físicamente?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas son acerca de que tan satisfecho se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

		Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Lo Normal	Satisfecho	Muy Satisfecho
21	¿Qué tan satisfecho está con la forma en que duerme?	1	2	3	4	5
22	¿Qué tan satisfecho está con su capacidad de realizar actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
23	¿Qué tan satisfecho está con su capacidad para trabajar?	1	2	3	4	5
24	¿Qué tan satisfecho está con usted mismo?	1	2	3	4	5
25	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
26	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
27	¿Qué tan satisfecho está con el apoyo que recibe de sus amigos?	1	2	3	4	5
28	¿Qué tan satisfecho está de las condiciones del lugar en donde vive?	1	2	3	4	5
29	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
30	¿Qué tan satisfecho está con su medio de transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta se refiere a la frecuencia con que ha sentido o experimentado ciertas situaciones en las últimas dos semanas.

		Nunca	Rara vez	Seguido	Muy seguido	Siempre
31	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos como melancolía, desesperación, ansiedad y/o depresión?	1	2	3	4	5

GRACIAS POR SU AYUDA

16. ANEXO 4

16.1 Consentimiento Informado

CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DIAGNOSTICADAS CON VIH QUE SE ENCUENTRAN EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS

Documento de Consentimiento Informado para Pacientes

Md. María Isabel Proaño Pantoja

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Mi nombre es María Isabel Proaño. Me encuentro realizando una investigación sobre la calidad de vida de las mujeres diagnosticadas con VIH que se encuentran recibiendo tratamiento antirretroviral en el Hospital Enrique Garcés. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación.

Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, puede realizar preguntas según le informo para darme tiempo a explicarle, o realizarlas más tarde.

El VIH es una infección por virus que ataca al sistema inmunológico y debilita los sistemas de defensa contra las infecciones. El estudio de la calidad de vida en los últimos años ha tomado gran importancia ya que las mujeres que viven con VIH se ven afectadas por las condiciones y el estilo de vida propios de la enfermedad, los efectos secundarios de la terapia antirretroviral, las infecciones oportunistas y además conlleva a sufrimiento personal,

ansiedad relacionada a la progresión de la enfermedad, el miedo a la muerte y el estigma de la sociedad. El interés de este estudio es debido al aumento importante de nuevos casos reportados en el país y en particular en la provincia de Pichincha en la cual nos encontramos, la que ocupa en segundo lugar cantidad de personas infectadas en el Ecuador.

Esta investigación incluirá una única entrevista en donde se llenará la escala de valoración de la calidad de vida desarrollada por la OMS “World Health Organization Quality of Life” para la recopilación de los datos sobre la calidad de vida de los pacientes incluidos en la investigación, posteriormente se realizará la revisión de la historia clínica de las pacientes para la recolección de datos pertinentes para esta investigación.

Se ha invitado a formar parte del estudio a 150 pacientes de la totalidad de mujeres diagnosticadas con VIH que reciben tratamiento en el Hospital Enrique Garcés.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en este hospital. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Si usted participa en esta investigación. Puede que no haya beneficio para usted, pero es probable que su participación nos ayude a implementar mejoras en la Unidad de Atención Integral.

No se compartirá la identidad de aquellos que participen en esta investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La

información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. Solo los investigadores sabrán cuál es su número y se mantendrá la información privada.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a la siguiente persona: Md. María Isabel Proaño, 0995314701 / isabelproano0790@gmail.com

He sido invitado a participar en la investigación CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DIAGNOSTICADAS CON VIH QUE SE ENCUENTRAN EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN EL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS. Entiendo que participaré en una entrevista para el llenado de una encuesta sobre calidad de vida y se realizará una revisión de mi historia clínica para la obtención de datos. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección de correo electrónico que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

Si es analfabeto

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____ Y Huella dactilar del participante

Firma del testigo _____

Fecha _____

Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado (iniciales del investigador/asistente)